


ASSOCIATED MEDICAL SERVICES INCORPORATED 1937
MEDICAL CARE BY PREPAYMENT

DU FRISSON

DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

DU FRISSON

DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL

PAR

LE D[r] ÉLISÉE FRANÇAIS

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON,

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE,

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LA MÊME VILLE.

Il faut chercher sur l'objet de notre étude non pas ce qu'en ont pensé les autres, ni ce que nous soupçonnons nous-mêmes, mais ce que nous pouvons voir clairement et avec évidence, ou déduire d'une manière certaine. C'est le seul moyen d'arriver à la science.

(DESCARTES, *Règle* 3e *pour la direction de l'esprit.*)

—

Avec 6 planches lithographiées.

—

PARIS

ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—

1868

PRÉFACE

Après les nombreux travaux publiés sur l'état puerpéral, et les savantes discussions soulevées dans les académies sur la pathologie de la femme en couche, j'ai hésité un instant à m'engager dans une question qui semblait épuisée. Cependant les arguments contradictoires des différents auteurs qui ont étudié le sujet, les divergences qui séparent encore les accoucheurs les plus célèbres sur divers points de doctrine, me font comprendre que l'observation n'a pas encore prononcé son dernier mot, et qu'il m'est permis de venir à mon tour dire ce que j'ai vu et pensé.

Je l'ose avec d'autant plus de hardiesse, que je crois avoir été placé dans des conditions plus favorables, pour l'étude de l'état puerpéral. Pendant mon internat à la Maternité de Lyon, j'ai pu, à un moment où l'état sanitaire des salles ne laissait rien à désirer, observer les suites de couches les plus simples ; pendant quelques

mois au contraire, j'ai été le spectateur d'une affreuse épidémie.

Ce qui m'engage encore à aborder cette question, c'est qu'on ne saurait trop attirer l'attention sur les complications graves de l'état puerpéral, et sur l'effrayante mortalité qui décime chaque année la population des hospices d'accouchements. De profondes modifications, peut-être même des réformes radicales sont à faire dans notre manière actuelle de secourir les malheureuses, obligées de s'adresser aux hôpitaux pour faire leurs couches. Ce n'est qu'en signalant à diverses reprises les dangers auxquels ce système les expose, en insistant sur les lugubres résultats qui en sont la conséquence, que l'on parviendra à éclairer les hommes qui sont à la tête de l'assistance publique, et à faire pénétrer dans leur esprit toute la conviction qui nous anime, quand nous avons été témoins des hécatombes des maternités.

Je ne puis oublier que c'est dans le service et sous la direction de mon excellent maître, M. le professeur Delore, que j'ai recueilli mes observations, et que c'est avec l'appui de son autorité que j'ai commencé mes recherches sur les maladies puerpérales ; je ne saurais exprimer assez vivement ma reconnaissance, pour les indications qu'il a su me donner, et l'exquise bienveillance dont il m'a toujours honoré.

Je prie également M. le professeur Bouchacourt, d'agréer tous mes remercîments, pour les conseils dont sa grande expérience a bien voulu m'éclairer. Je ne veux pas laisser cette occasion sans donner un témoignage public de respect et de gratitude au maître qui a guidé mes premiers pas dans l'étude de l'obstétrique.

Paris, mars 1868.

DU FRISSON

DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL

> Il faut chercher sur l'objet de notre étude non pas ce qu'en ont pensé les autres, ni ce que nous soupçonnons nous-mêmes, mais ce que nous pouvons voir clairement et avec évidencee, ou déduire d'une manière certaine. C'est le seul moyen d'arriver à la science.
>
> (DESCARTES, *Règle* 3e *pour la direction de l'esprit.*)

INTRODUCTION

DE L'ÉTAT PUERPÉRAL.

Les Romains appelaient *puerpera* la femme en couches ou en travail, et *puerperium* l'ensemble des symptôme qu'on observait à l'époque de l'enfantement. Aujourd'hui encore, dans le langage habituel de l'obstétrique, la qualification de *puerpéral* s'applique aux phénomènes qui signalent la parturition, et on donne vaguement le nom d'état puerpéral à l'état d'une nouvelle accouchée.

Une autorité considérable de notre époque précise, en la limitant, la signification que Pline et Plaute devaient attacher au mot *puerperium*. M. Pajot entend par puerpéralité l'état de la femme en couche depuis la chute du placenta, jusqu'au retour des organes génitaux à leur état anatomo-physiologique normal, c'est-à-dire jusqu'au retour des règles. La puerpéralité, pour ce professeur, n'existe ni pendant la grossesse ni pendant le travail de l'accouchement; elle s'établit seulement quand le placenta s'est détaché et qu'une plaie s'est formée à l'intérieur de l'utérus : « Rien, dit-il, dans la physiologie et la pathologie de la puerpéralité ne ressemble à la physiologie et à la pathologie de la grossesse. Tout tend à l'hypertrophie pendant la grossesse; après l'accouchement, c'est l'atrophie qui devient le symptôme prédominant. » (1).

L'éloquent plaidoyer que M. Pajot développe dans ses leçons sur les affections puerpérales, serait de nature à entraîner les esprits les plus opiniâtres, s'il s'agissait d'établir un point de doctrine. Mais ce n'est ici qu'une question de définition : il y a plus, c'est une définition de nom où la signification du mot est presque arbitraire et jusqu'à un certain point laissée à la libre volonté des auteurs. Aussi les divergences se sont-elles à chaque instant prononcées sur cette définition : on s'accorde assez généralement sur la limite terminale de l'état puerpéral, mais des opinions assez nombreuses divisent encore les accoucheurs sur la limite initiale qu'on doit lui assigner.

(1) Pajot, Leçons sur les affections puerpérales (*Gazette des hôpitaux*, 1862).

Les uns, avec M. Pajot, ne voient l'état puerpéral que dans les suites de couches.

Pour d'autres, l'état puerpéral commence à une époque mal déterminée de la grossesse, quand l'embryon prend le nom de fœtus, ou plus tard après le sixième mois, quand le fœtus est viable. C'est là une limite purement artificielle, rien ne peut l'autoriser.

Quelques médecins voyant les accidents plus fréquents à la fin de la grossesse, assignent à l'état puerpéral un début mieux limité : ils le font commencer huit jours avant l'accouchement, au moment où se révèlent certains symptômes précurseurs de la parturition : écoulement du colostrum, abaissement du ventre, petites douleurs, mouches, etc.

Enfin, la plupart des auteurs de pathologie générale font débuter l'état puerpéral avec la grossesse et lui comprennent plusieurs périodes : la gestation, la parturition et les suites de couches. M. Monneret y a ajouté la lactation.

Tout le monde sait que la grossesse imprime de profondes modifications à l'organisme ; c'est l'état de gravidisme dont parle M. Pajot : les troubles nerveux, les vomissements, la cessation des fonctions de l'ovaire, les accumulations pigmentaires dans certains points de la peau, l'augmentation de la fibrine du sang, la leucocytose, commencent très-peu de temps après l'imprégnation de l'ovule ; presque tous ces phénomènes persistent après l'accouchement ; quelques-uns ne cessent qu'avec l'état puerpéral. Aussi, malgré les brillantes paroles de M. Pajot, il est difficile, dans une étude de pathologie générale, de ne pas grouper dans un même cadre des symptômes qui surviennent chez la femme pendant que toutes les forces de l'économie sont consa-

crées à la reproduction de l'espèce, et de ne pas réunir des modifications organiques que l'on peut constater avant comme après l'accouchement.

Nous ferons donc commencer l'état puerpéral avec la gestation.

Si, lorsque le délivre a été expulsé, de nouveaux phénomènes viennent se surajouter aux précédents, s'il y a alors, de plus que dans la grossesse, la plaie utérine, la sécrétion lochiale et la sécrétion laiteuse, est-ce là une raison pour n'admettre aucune relation de ce nouvel état avec l'état de grossesse, et pour rompre les liens étroits qui doivent l'y faire rattacher? C'est l'état puerpéral par excellence, le maximum de la puerpéralité. M. Tarnier, d'après une heureuse expression du Dr Legroux, l'appelle grand état puerpéral, et réserve le nom de petit état puerpéral à la grossesse et à la lactation (1).

La nouvelle accouchée est une blessée, dit M. Pajot; cela est incontestable puisqu'elle porte une plaie dans l'utérus, mais ce n'est pas une blessée ordinaire; l'état puerpéral est préparé de longue main par l'ensemble des modifications générales qu'apporte la grossesse, et qui commence avec l'imprégnation de l'ovule, pour se développer progressivement avec le fruit de la conception. L'altération du sang, la glycosurie physiologique, l'état graisseux du foie, les ostéophytes crâniens ne sont pas seulement des phénomènes des suites de couches. Si quelques-uns d'entre eux, comme la glycosurie, se rencontrent surtout après la parturition, on les a vus aussi quelquefois s'établir pendant la grossesse et

(1) Tarnier, Recherches sur l'état puerpéral; Paris, 1857.

continuer jusqu'à la fin de la lactation. C'est même là un des faits les plus importants qui contribuent à démontrer la connexion intime de ces deux états et qui a déterminé la plupart des auteurs à les réunir dans l'étude de l'état puerpéral.

La pathologie étend, comme la physiologie, les limites de l'état puerpéral au delà des bornes trop étroites que lui assigne M. Pajot. L'albuminurie, l'éclampsie, la manie, et même la fièvre puerpérale sont des maladies de la gestation, comme des suites de couches; elles sont, il est vrai, beaucoup plus fréquentes après la parturition, rien d'étonnant à cela : elles ont infiniment plus de prise sur le grand que sur le petit état puerpéral; mais on ne doit pas, sous prétexte de leur rareté, les nier avant l'accouchement. Il est aujourd'hui parfaitement acquis à la science que la fièvre puerpérale dans les grandes épidémies atteint quelquefois les femmes avant la chute du placenta. M. Pajot était obligé de le reconnaître en 1862, mais il ne l'admettait que comme une exception tellement rare qu'à peine prenait-il en considération les quelques observations qui en avaient été publiées. « Quelques faits négatifs, isolés, disait-il, ne prouvent rien contre des milliers de faits positifs. » Mais ces cas seraient-ils encore plus rares, le raisonnement de M. Pajot ne serait pas plus acceptable. Est-il en effet possible d'appeler fait négatif un cas de fièvre puerpérale confirmée? Ce fait contredit une opinion, il est une exception à la règle générale, cela est vrai ; mais c'est étrangement abuser du mot négatif, que de l'employer pour désigner une manifestation de la maladie : c'est positif qu'il aurait fallu dire. Les faits négatifs sont les milliers de femmes enceintes, qui

s'exposent impunément aux miasmes nosocomiaux, dans les dernières semaines de leur grossesse. Au lieu de la phrase de M. Pajot, nous dirons avec déjà plus d'apparence de raison : quelques faits positifs isolés prouvent quelque chose contre des milliers de faits négatifs. La science, en effet, possède aujourd'hui plusieurs cas incontestables de fièvres puerpérales survenues chez des femmes enceintes ; ils sont rapportés par des hommes dont la compétence et la bonne foi ne peuvent être discutées, personne ne peut raisonnablement révoquer en doute leurs observations.

La fièvre puerpérale est quelquefois survenue chez les jeunes filles pendant la menstruation. Cela a suffi à un certain nombre d'auteurs pour croire que les femmes pendant leurs règles sont dans un véritable état puerpéral. La ponte et l'expulsion de l'ovule ont été comparées à la parturition : c'est un accouchement en miniature, dit M. Pajot. La comparaison est très-juste, mais ce n'est pas une raison pour aller faire un étrange abus de langage en appliquant le mot puerpéral à une femme qui n'a jamais eu d'enfants.

La physiologie a ici un mot propre, il n'est pas nécessaire d'en emprunter un autre ; disons que pendant l'ovulation les femmes sont dans un état particulier, l'état de menstruation, qui rappelle de loin l'état puerpéral ; comparons-le si l'on veut à un état puerpéral en miniature, mais bornons-nous à une comparaison et n'assimilons pas ces deux états. Du reste la fièvre puerpérale a été très-rarement observée pendant l'état de menstruation ; d'un autre côté, un fait cité par M. Depaul (1), où la fièvre puerpérale atteignit une jeune fille

(1) Académie de médecine, 2 mars 1858.

vierge en dehors de la période menstruelle, permettrait de révoquer en doute un état de puerpéralité, pendant les règles. Le fléau n'aurait pas toujours besoin de cette porte d'entrée pour pénétrer l'économie.

L'état puerpéral exerce-t-il aussi son influence sur l'enfant ?

Le fœtus fait partie de l'organisme maternel, et en partage toutes les modifications, les conditions sont les mêmes, la puerpéralité chez lui est incontestable.

Quant au nouveau-né, si la mère a sa plaie et ses lochies utérines, il a sa plaie et ses lochies ombilicales, suivant la remarque de M. Lorain (1). Dans les premiers jours qui suivent sa naissance, il n'a pas complétement dépouillé les dispositions morbides qu'il avait déjà à l'état de fœtus, et qu'il peut encore tenir de sa mère. Les circonstances particulières dans lesquelles il se trouve placé ressemblent donc assez à celles où se trouve la mère, pour que l'on ait pu avancer et soutenir avec raison, que l'état puerpéral n'était pas spécial à la femme, et qu'il convenait de l'étudier également chez le fœtus et le nouveau-né.

On avait déjà, depuis quelques années, observé les analogies des maladies de la nouvelle accouchée et du jeune enfant. Simpson, comme nous le verrons plus loin, avait parlé de la fréquence de la péritonite chez le fœtus. Le Dr Duhamel avait remarqué la coïncidence des maladies chez les enfants et les mères ; il disait en 1850 : « Mon attention fut frappée de la constance des maladies qui affectaient les enfants de femmes atteintes

(1) De la Fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né; Paris, 1855.

de fièvre puerpérale et des analogies qui existent entre toutes ces maladies... Evidemment entre la fièvre puerpérale qu'on observe chez les mères et la maladie de leurs enfants, il y a plus qu'une coïncidence, qu'un simple effet du hasard... Sans doute on pourra objecter que la fièvre puerpérale, presque toujours, ne débute qu'après l'accouchement, mais rien ne prouve qu'il n'y ait pas, avant l'invasion apparente des symptômes, une période latente, pendant laquelle l'organisme subit une certaine modification inappréciable, qui peut produire chez l'enfant une disposition morbide » (1).

Il appartenait à M. Lorain de développer et de démontrer plus tard cette idée. Sa remarquable thèse sur la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né, les nombreuses observations qu'il a recueillies durant son séjour à la Maternité de Paris, ont définitivement fait passer et accepter dans la science que l'enfant était loin d'être à l'abri des dangers de l'état puerpéral. « Je ne doute pas, dit M. Lorain, que le titre de ce mémoire ne m'attire des critiques en apparence bien fondées, il semble qu'on ne doive point chercher la fièvre puerpérale ailleurs que chez les femmes, puisqu'elles seules peuvent se trouver dans les conditions qu'on est convenu d'appeler l'état puerpéral, et cependant les enfants nouveau-nés et les fœtus sont aussi atteints de fièvre puerpérale... Je demanderai si l'on est bien sûr que les conditions de la mère et du fœtus soient essentiellement différentes » (2).

Je ne veux pas étudier l'état puerpéral chez l'en-

(1) Duhamel, thèse de Paris, 1850.

(2) Lorain, De la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né; Paris, 1855.

fant, j'ai insisté sur l'analogie de l'état de la mère avec celui du fœtus et du nouveau-né, parce que j'aurai plus loin à m'occuper des inquiétudes que la fièvre puerpérale de la mère doit quelquefois inspirer au médecin, sur la vie de l'enfant.

Enfin, pendant la mémorable discussion de 1858, à l'Académie de médecine, Trousseau a voulu étendre davantage encore les limites de l'état puerpéral.

« Un médecin d'infiniment d'esprit, dit-il, M. Lorain, a fait une thèse : « De la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né »; je regrette qu'il n'ait pas ajouté : chez les blessés des deux sexes résidant à proximité des salles d'accouchements. Il lui aurait été facile de montrer chez les hommes eux-mêmes, en temps d'épidémie, et toutes réserves faites sous le rapport des différences d'organisation, des lésions analogues » (1).

Malgré l'immense autorité de l'éminent professeur, je repousse complétement l'opinion qu'il avance sur l'état puerpéral des blessés des deux sexes. Nous verrons plus loin que les symptômes et les lésions de la fièvre puerpérale diffèrent complétement de ce qu'on observe dans l'infection purulente des blessés.

On s'est demandé si l'état puerpéral simple était physiologique, ou si l'on devait le considérer comme déjà pathologique. On s'accorde généralement à ne pas y voir de la pathologie, mais on peut certainement avancer que, s'il n'est pas encore la maladie, il n'est déjà plus la santé; témoin, les altérations du sang et des organes. Nous admettrons que c'est une imminence morbide caractérisée par le facile développement des

(1) Trousseau, Académie de médecine, 16 mars 1858.

actes pathologiques les plus variés; une prédisposition en vertu de laquelle l'organisme est plus sensible aux causes morbifères en général, et devient apte à contracter certains miasmes virulents en quelque sorte spéciaux à cet état.

Il commence au moment de la fécondation, dure jusqu'au retour des règles, et comprend la lactation quand elle existe. La physiologie et la pathologie justifient l'extension de ces limites.

« Depuis l'imprégnation, dit M. Monneret, jusqu'au retour des règles, tous les actes pathologiques qui se succèdent en vertu de cette commune condition de l'état puerpéral ont un cachet d'analogie, une unité de physionomie, qui révèle assez l'unité de leur cause » (1).

DIVISION DU SUJET.

La division de l'état puerpéral en trois périodes m'oblige à partager ce travail en trois parties.

Dans la première : du frisson pendant la gestation; après quelques notions préliminaires sur le frisson en général, je passe rapidement en revue les maladies de la femme enceinte où ce symptôme peut se présenter. Je consacre un chapitre aux affections propres à la grossesse, un autre aux maladies intercurrentes.

La deuxième partie comprend le principal objet de cette étude, elle est consacrée au frisson pendant les suites de couches, depuis le commencement du travail de la parturition, jusqu'au retour des règles, ou jusqu'à l'établissement régulier de la lactation, quand

(1) Monneret, Union médicale, novembre 1867.

la mère doit nourrir. Je consacre un chapitre au frisson dans chacune des affections les plus importantes propres à l'état puerpéral; quelques maladies secondaires sont réunies dans un chapitre commun; un dernier chapitre est réservé à l'étude du frisson dans les maladies intercurrentes.

Enfin, dans la troisième partie (lactation), je dirai quelques mots des particularités de cet état et des cas où le frisson peut s'y présenter.

PREMIÈRE PARTIE

Du frisson en général. — Du frisson pendant la gestation.

CHAPITRE PREMIER.

NOTIONS PRÉLIMINAIRES SUR LE FRISSON EN GÉNÉRAL

> Le frisson n'est rien autre chose qu'une convulsion.
>
> (TROUSSEAU, *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu de Paris*, t. I, p. 137.)

Le frisson est un symptôme si fréquent, commun à tant de maladies, qu'il n'est pas étonnant de le voir décrit et étudié depuis les temps les plus anciens. L'importance n'en avait pas échappé au père de la médecine: la description de la fièvre froide ou *phricode* que nous a laissée Hippocrate, quelques remarques sur la diminution de la chaleur innée et la valeur pronostique que l'on en peut déduire, montrent l'attention des anciens déjà fortement attirée sur ce point de seméiologie. De tout temps on a cherché à expliquer le phénomène; mais le génie antique, ne possédant pas les moyens perfectionnés d'investigation de la science moderne, ne pouvait faire que des hypothèses; nous en trouvons un grand nombre sur la cause et le mode de production du frisson.

Proxagoras de Cos avait observé la plus grande fréquence du frisson dans les parties postérieures du tronc; il localisa la fièvre dans les veines caves, s'expliquant par cette hypothèse le frisonnement si ordinaire du dos.

Asclépiade, croyant que la chaleur humaine était due au frottement, pensa que le frisson était causé par une stagnation des molécules sanguines.

Galien fit du frisson une dépendance même de la fièvre: l'état fébrile était pour lui une chaleur contre nature, tantôt amoindrie, tantôt exagérée.

Plus tard les chimiâtres attribuèrent les sensations anormales de froid, à l'évaporation des humeurs visqueuses que la maladie amenait à la surface de la peau.

Les iatro-mathématiciens, à une stagnation sanguine et à la constriction des capillaires;

Stahl et les animistes, à une influence mystérieuse de l'âme provoquant une concentration de la chaleur dans les parties molles et profondes du corps;

L'école cartésienne, à une concentration des esprits animaux fuyant devant un virus qui venait de pénétrer dans le sang.

Boerhaave, sans s'inquiéter beaucoup du mécanisme physiologique, fit du frisson un signe important pour savoir si les maladies avaient une cause intérieure: *frigoris ille sensus observatur adesse in omni febre, quæ a causis internis oritur* (1).

Hoffmann vit dans le frisson un spasme chassant le

(1) Van-Swieten, Commentaria in Boherav. aphorism.

sang de la périphérie vers l'intérieur; il était en cela le précurseur de la théorie vaso-motrice de la fièvre.

Haller se rapprocha davantage encore des idées actuelles, en expliquant le frisson par une contraction de la peau, se produisant sous l'influence d'une irritation périphérique; et Cullen devinait presque les théories modernes, en faisant intervenir le spasme des petits vaisseaux.

Au commencement de notre siècle, à l'époque de l'exagération des idées organiciennes, on ne voyait dans toutes les affections que l'état local et la maladie des organes. Broussais n'attachait aucune importance au frisson.

Lobstein, de Strasbourg, en plaça la cause dans les ganglions situés entre les nerfs cérébro-spinaux et le grand sympathique. Une irritation est portée par les plexus des organes malades (plexus hépatiques, spléniques, utérins) à ces ganglions qui transmettent une impression anormale au *sensorium commune*.

De nos jours, Ruète, Spiers, Stannius, mettent le froid et la chaleur sous la dépendance du grand sympathique. L'excitation plus ou moins considérable du système nerveux ganglionnaire produit, d'après ces auteurs, le relâchement ou le resserrement, la chaleur ou le froid.

D'autres admettent que la sensation est purement subjective et la rattachent à une modification anormale des centres nerveux.

Toutes ces divergences d'opinions tiennent à des observations incomplètes; on cherchait à expliquer le froid, et on ne se doutait même pas que ce froid n'existe pas; une élévation notable de la température animale

accompagne au contraire le frisson, souvent même le précède (Jaccoud).

De Haën, le premier, appliqua un thermomètre sous l'aisselle d'un malade en proie au frisson de la fièvre intermittente, il constata une chaleur de 104° (Fahreneit), 40° centigrades; c'était 3° ou 3° 1/2 centigrades au-dessus de la température ordinaire. Après lui, MM. Bouillaud et Piorry vulgarisèrent l'emploi du thermomètre dans l'appréciation de la fièvre, et M. Gavarret publia, en 1839, dans le journal *l'Expérience*, des observations thermométriques très-exactement prises pendant les trois stades de l'accès de fièvre. Il vit le frisson accuser constamment une élévation de température de 3° ou 3° 1/2 centigrades, quand le thermomètre était placé sous l'aisselle. Le maximum avait lieu au commencement du stade de chaleur. Les recherches de M. Charcot sur l'état fébrile des vieillards et les leçons cliniques de M. Jaccoud ont confirmé ces résultats.

Que penser alors des observations de Borsieri et de Roger, affirmant avoir constaté un abaissement de température d'environ 1° pendant le frisson des fébricitants? Leur erreur provient de ce qu'ils n'ont pas appliqué le thermomètre dans les mêmes régions que de Haën et M. Gavarret, ils se sont contentés de la température périphérique de la peau, au lieu d'aller dans une cavité un peu profonde, comme l'aisselle, près des gros vaisseaux, où les augmentations de la chaleur du sang se font mieux sentir et où le froid extérieur n'a presque plus aucune influence. Or, bien que généralement la température de la peau ne soit pas sensiblement modifiée pendant le frisson, il peut arriver que le ralentisse-

ment de la circulation dans les capillaires cutanés, et l'ischémie des vaisseaux périphériques, qui accompagne, comme nous le verrons plus loin, toujours le frisson, amènent dans quelques circonstances un refroidissement des extrémités. Aujourd'hui ce point de physiologie pathologique est très-nettement établi ; la température de l'aisselle pendant un violent frisson s'élève de 36°,5 ou 37°40 à 40,5.

Dès que des observations attentives eurent appris à connaître exactement les conditions du phénomène, il devint plus aisé de s'en rendre compte : la théorie vasomotrice de la fièvre en donne aujourd'hui une explication aussi facile que plausible. Une cause pyrétogène impressionne le système nerveux: un virus, par exemple, vient de pénétrer l'économie ; le grand sympathique excité resserre les artérioles de la peau et en gêne la circulation ; il y a aussitôt une augmentation de la température profonde par suite de la déperdition moindre du calorique à la surface cutanée, puisque le sang se renouvelle moins activement dans les régions périphériques ; il y a en même temps une concentration de ce même fluide dans les organes intérieurs : le foie et la rate, s'il s'agit d'un accès paludéen ; le réseau vasculaire mésentérique, s'il s'agit d'une péritonite commençante. Cette ischémie des vaisseaux périphériques jointe à l'afflux sanguin des parties profondes amène une rupture de l'équilibre des températures entre les origines et les terminaisons de ces nerfs sensitifs particuliers qui donnent le sens de la chaleur et que Darwin a appelés *nerfs thermosodiques :* leurs origines sont échauffées outre mesure, leurs terminaisons ne le sont pas du tout. Il en résulte, pour le *sensorium commune*, une im-

pression anormale et une réaction qui se traduit par une trépidation musculaire. Le frisson nous présente dès lors toutes les conditions d'une action réflexe, variable suivant l'intensité de l'impression. Une phlegmasie s'établit-elle dans une grande étendue, dans un organe très-vasculaire, l'ischémie et l'anémie des vaisseaux périphériques augmentent en raison de la concentration intérieure ; la rupture d'équilibre entre les températures des origines et des terminaisons des nerfs thermosodiques est plus considérable, et les centres nerveux réagissent par une convulsion plus vive : c'est une trépidation musculaire générale, accompagnée d'un claquement des dents. C'est le frisson par excellence, on le nomme encore *rigor*.

L'impression causée par les nerfs thermosodiques est-elle moindre, s'agit-il d'une phlegmasie de peu d'importance, d'une ischémie de la peau causée simplement par une impression du froid extérieur, la réaction se borne à une contraction des fibres musculaires cutanés et à l'érection des papilles qui constitue la chair de poule. C'est le frissonnement ou l'horripilation, *horror*.

Dans les cas les plus légers, l'action réflexe est insensible, et le malade n'éprouve qu'une simple sensation de froid. C'est l'*algor*.

Il est bien entendu qu'une phlegmasie commençante n'est pas nécessaire pour la production du frisson, j'en ai supposé une parce que c'est le cas le plus ordinaire ; mais la cause pyrétogène elle seule, par son action sur le système nerveux vaso-moteur et l'ischémie périphérique qui en est la conséquence, suffit pour amener le phénomène.

Trousseau avait dit : « Le frisson est une convulsion. »

il aurait pu ajouter une convulsion réflexe. Les observations de M. Hirtz trouvant une augmentation de la température profonde, en raison directe de la convulsion, confirment encore la réalité de cette explication du phénomène. Ces recherches montrent : que plus le refroidissement des terminaisons, et plus l'échauffement des origines des nerfs thermosodiques sont accusés, plus la trépidation musculaire est violente ; et que, par conséquent ici, comme dans toutes les actions réflexes, la réaction augmente en raison directe de l'impression (1).

Le frisson est habituellement considéré comme un phénomène initial d'un grand nombre de maladies ; il indiquerait, par exemple, le début des fièvres et des phlegmasies. Les recherches plus modernes de M. Jaccoud prouvent que la fièvre existe déjà avant le frisson.

Les combustions organiques ont déjà pris une activité inaccoutumée, la température du sang s'est déjà accrue, comme le prouve le thermomètre, et le dénote l'augmentation de l'urée dans l'urine, augmentation que l'on constate avant qu'il y ait eu le moindre tremblement et la moindre sensation de froid. Aussi l'accroissement de la chaleur profonde pendant le frisson ne serait pas seulement due à la concentration du sang et à la diminution du rayonnement du calorique, elle dépendrait aussi de la suractivité fébrile des combustions organiques.

Le pouls pendant le frisson subit l'influence de la fièvre, il est déjà accéléré, mais il n'est pas encore dépressible ; il a un caractère de petitesse et d'irrégularité

(1) Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques : chaleur animale ; Paris, 1867.

qui indique une gêne de la circulation périphérique. Après le frisson, pendant la chaleur de la fièvre, quand la carrière vasculaire s'agrandit par suite du relâchement de tous les vaisseaux, le pouls devient plus faible, plus dépressible et s'accélère encore davantage.

La respiration subit la même influence, elle est courte, fréquente pendant le frisson, cela tient sans doute aux congestions intérieures de la poitrine. On n'a pas encore d'expériences précises sur les modifications que subit l'hématose. L'exhalation de l'acide carbonique est-elle augmentée? cela est probable : la suractivité de la combustion du carbone doit suivre celle des matières azotées; mais ce fait n'est pas encore rigoureusement démontré.

La peau est généralement sèche, brûlante pendant les violents frissons du début des fièvres. Nous verrons plus loin que les frissons qui indiquent une suppuration intérieure, ceux de la fièvre hectique, par exemple, coïncident avec une peau humide, couverte d'une sueur froide et visqueuse.

Ce n'est que rarement qu'il survient des phénomènes cérébraux; le délire n'apparaît généralement qu'après le frisson initial des fièvres. Les frissons à répétition de la fièvre hectique ou de l'infection purulente sont au contraire fréquemment accompagnés de troubles intellectuels.

Dans quelles circonstances surviennent en général les frissons? Nous venons de voir qu'un violent frisson signale habituellement la période ascendante de la fièvre; il est d'une intensité qui varie en raison de la vigueur de la constitution du sujet; c'est le *frisson franc* des auteurs. Les frissons qui arrivent dans le cours

d'une fièvre ou d'une phlegmasie, qui s'accompagnent de symptômes généraux graves et qui annoncent habituellement la formation du pus, ont reçu le nom de *frissons malins*.

Enfin il est des frissons qui surviennent vers la fin d'une maladie ; ils annoncent l'heureuse terminaison et sont alors accompagnés de l'exagération de quelques sécrétions, ou bien ils sont au contraire un signe de mort prochaine ; ce sont les *frissons critiques*. C'est un frisson de cette nature qui cause l'algidité des agonisants, algidité qui n'est que superficielle et apparente et coïncide avec un accroissement de la chaleur profonde. Cependant on doit savoir que, chez une constitution affaiblie, une seule impression du froid extérieur peut, pendant la convalescence d'une maladie grave, provoquer un frisson, sans pour cela qu'une rechute soit imminente ou que le pronostic doive être en rien modifié.

A la suite d'une évacuation abondante, d'un vomissement, on remarque quelquefois un frisson assez vif qui a pu faire croire au début d'une pyrexie. Nous verrons plus loin que les caractères thermiques servent à reconnaître ces frissons qui n'ont aucune gravité.

On a encore signalé des frissons à la suite de l'introduction de quelques substances étrangères dans l'économie, à la suite de l'absorption des venins, des virus, du pus ; à la suite de l'introduction dans les veines de quelques poisons comme la nicotine et le curare. Dans ce cas le frisson est très-violent ; la chaleur intérieure augmente tout à coup de 3° 1/2 ou 4°.

CHAPITRE II.

DU FRISSON PENDANT LES MALADIES PROPRES A L'ÉTAT PUERPÉRAL (PÉRIODE DE LA GESTATION).

> Postquam gravida est femina, plurimis efficitur malis, a sola gravitate oriendis.
>
> (VAN-SWIETEN, *Comment. in Boheraav. aphorism. morbi gravidarum.*)

Hémorrhagie. — La menstruation continue quelquefois pendant la grossesse; cette anomalie est assez rare, et, quand elle existe, elle est habituellement le signe d'une gestation pénible. Un aphorisme d'Hippocrate dit que : « Si pendant la grossesse les règles coulent, il est impossible que l'enfant se porte bien. » Ce pronostic est un peu hasardé, on pourrait avec plus de raison dire : il est impossible que la mère se porte bien. Les femmes réglées pendant leur grossesse sont en effet beaucoup plus fatiguées de cette menstruation anormale, qu'à leurs époques cataméniales ordinaires. Les quelques femmes que j'ai pu interroger à ce sujet, ont toutes raconté qu'elles éprouvaient alors des malaises de toutes sortes, et très-souvent des frissonnements, qu'elles n'avaient pas l'habitude de ressentir pendant leurs règles.

Les hémorrhagies plus sérieuses, celles qui proviennent d'une chute, d'un décollement prématuré et d'une insertion vicieuse du placenta peuvent être suivies d'un

rigor avec claquement de dents. C'est la déplétion sanguine qui en est la cause et qui en règle d'ordinaire l'intensité. Ce frisson ne présente d'autre indication que de réchauffer les malades ; il ne constitue qu'un phénomène très-secondaire, ne signifiant rien ou presque rien pour le pronostic. On devra cependant, s'il est très-violent, s'inquiéter des symptômes concomitants et voir s'il n'est pas l'indice d'une fièvre puerpérale commençante.

Mort du fœtus. — Un mémoire de M. Tremble, publié à Paris en 1830, affirme que la mort du fœtus est annoncée chez la mère par des frissons sur le ventre. J'ai interrogé à ce sujet un assez grand nombre de femmes qui venaient d'accoucher d'enfants dont la mort remontait à plusieurs semaines, je n'ai jamais pu constater dans leur mémoire le moindre souvenir du symptôme signalé par M. Tremble. A l'époque présumée de la mort du fœtus, les femmes avaient généralement ressenti de violents mouvements dans l'utérus, le fœtus s'était agité convulsivement avant de mourir ; il y avait eu des chatouillements et des secousses à l'hypogastre, mais il n'y avait pas eu de frissons.

Fièvre puerpérale. — Je ne veux pas actuellement discuter l'existence et l'essentialité de la fièvre puerpérale, je ferai, dans la seconde partie de mon travail, une étude rapide de cet important sujet. Je me bornerai à faire observer ici que ce fléau n'est pas exclusivement spécial aux nouvelles accouchées. Dans les grandes épidémies les femmes grosses peuvent en être atteintes, quand elles arrivent aux dernières semaines de leur

gestation. L'effet habituel de la fièvre puerpérale, dans ces circonstances, est de provoquer immédiatement l'accouchement. Le travail est alors excessivement pénible, il s'accomplit dans de déplorables conditions : la péritonite quelquefois commencée occasionne des douleurs intolérables pendant les contractions utérines. Le facies s'altère dès le début du frisson en présentant un caractère d'anxiété et de douleur sur lequel je reviendrai plus tard, et que je ne fais que signaler actuellement. Cette altération de la physionomie est peut-être encore plus prononcée ici que dans la fièvre puerpérale des suites de couches.

La respiration, ordinairement si haletante, est bien plus pénible encore, quand à la péritonite et à la congestion pulmonaire vient se joindre la gêne produite par la distension de l'utérus et le volume de l'enfant.

Enfin la réaction se fait mal, les malades se réchauffent difficilement ; la sueur manque quelquefois ; elle est froide, quand elle existe. C'est surtout chez les femmes enceintes que l'on observe cette réaction incomplète dont parle M. Voillemier : le pouls se relève à peine, il prend seulement plus de fréquence et devient plus dépressible.

Des vomissements bilieux surviennent le plus souvent quelques heures après le frisson ; le fœtus exécute des mouvements violents, douloureux pour la mère.

Un frisson très-violent, durant vingt minutes ou une demi-heure, s'accompagnant de claquement de dents et d'une élévation considérable de la température de l'aisselle, annonce habituellement le début de la fièvre puerpérale chez une femme enceinte. Mais ce frisson, par lui seul, ne peut suffire à faire savoir immédiate-

ment en présence de quelle complication on va se trouver. Rien, absolument rien, ni son intensité, ni l'élévation de la température de l'aisselle, ne pourrait, au premier abord, le faire distinguer du frisson d'une fièvre intermittente grave récidivant dans les derniers jours de la gestation, si l'on n'avait pas recours aux symptômes concomitants et aux commémoratifs. Un des premiers signes que l'on constate pendant le frisson, ou immédiatement après, c'est la douleur des fosses iliaques. Cette localisation rapide se traduisant par une phlébite des veines de l'utérus et des ligaments larges, se retrouve chez la femme enceinte comme la nouvelle accouchée; c'est presque un symptôme caractéristique. Le pouls s'élève rapidement à 130, 140, 150 pulsations par minute; il est petit, misérable, presque insensible.

Un frisson accompagné de pareils signes est extrêmement grave chez une femme enceinte. C'est la fièvre puerpérale qui s'annonce beaucoup plus terrible que dans les suites de couches, plus terrible pour la mère; les exemples de guérison sont excessivement rares; terrible surtout pour l'enfant, qui, lui aussi, est apte à contracter le virus puerpéral. Il est le plus souvent mort avant la fin de l'accouchement.

S'il résiste à un travail si difficile, il vient au monde faible et maladif et ne tarde pas à succomber lui-même aux atteintes de la maladie dont le germe lui a été transmis par sa mère.

On avait déjà depuis quelques années des idées un peu vagues sur la mortalité des enfants pendant les épidémies de fièvre puerpérale, on avait parlé de l'analogie de leur état avec celui de la mère, on savait

qu'ils succombaient fréquemment à des péritonites. Dugès, en 1821, et plus tard Billard avaient parlé de la fréquence des péritonites chez les nouveau-nés dont les mères avaient succombé à la même maladie; le Dr Simpson, dans un article du *Medical and surgical journal,* avait cité des cas de péritonites *in utero* chez des fœtus; et il avait dit au commencement de son mémoire que ces péritonites étaient une des causes les plus fréquentes de la mort des fœtus dans les derniers temps de la grossesse. « *Namely peritonitis forms a common variety of fœtal disease, and probably constitues one of the most frequent causes of death of the fœtus during the latter months of pregnancy.* » Mais toutes ces idées étaient remplies d'obscurité, on ne savait rien de précis à l'égard de la péritonite des enfants. C'est une des gloires de M. Lorain d'en avoir trouvé la véritable cause, et d'avoir fait connaître que c'était à la fièvre puerpérale qu'était due cette effrayante mortalité des fœtus et des nouveau-nés.

Quand, à l'aide du frisson et des autres symptômes exposés plus haut, on aura reconnu la fièvre puerpérale chez une femme enceinte, on devra s'enquérir immédiatement de l'état du fœtus, le surveiller pendant le travail de l'accouchement; et s'il vient au monde vivant, on devra encore conserver les plus grandes inquiétudes sur la vie du nouveau-né.

L'existence de la fièvre puerpérale chez la femme enceinte est encore contestée par des hommes d'une autorité considérable. Une observation citée dans la thèse de M. Charrier est repoussée, à bon droit il est vrai, par M. Béhier; elle n'est en effet nullement con-

cluante (1). Cependant les faits de M. H. Dor (2), ceux rapportés par M. Dubois et par M. Depaul (3) à l'Académie de médecine ne devraient pas laisser de doutes dans les esprits. Ce sont des exceptions, il est vrai, mais ce n'est pas une raison de les passer sous silence, encore moins de les nier systématiquement.

En parcourant les anciens auteurs, on peut déjà se convaincre que, depuis les temps les plus reculés, les femmes enceintes étaient sujettes à la maladie épidémique des femmes en couches.

On trouve dans Hippocrate une observation qui énumère tous les symptômes d'une fièvre puerpérale commencée avant l'accouchement ; le diagnostic de la maladie ne peut être douteux sur des signes si clairs et si bien exposés. Je la reproduis ici ; je joins un fait très-concluant emprunté à la thèse de M. Tarnier, un cas que je trouve dans les cliniques de M. Béhier, et une observation que j'ai recueillie moi-même au plus fort de l'épidémie qui a sévi à la Maternité de Lyon pendant l'été de 1867.

OBSERVATION Ire.

(Hippocrate, *Epidémies*, liv. I ; édition Littré, t. II.)

Fièvre puerpérale chez une femme enceinte. — Guérison.

La femme d'Epicratès, qui était logée chez Archigétès, fut prise d'un violent frisson (ῥῖγος ἔλαβεν ἰσχυρῶς), étant sur le point d'accou-

(1) Béhier, Lettres à Trousseau sur la maladie dite fièvre puerpérale (*Union médicale*, 1858).

(2) Épidémie de fièvre puerpérale à la Maternité de Prague (*Gazette hebdomadaire de médecine*, 1858, p. 146).

(3) Académie de médecine, 1858. Dubois et Depaul.

cher, frisson qui, à ce que l'on dit, ne fut pas suivi de chaleur. Le lendemain, frisson semblable.

Le troisième jour, elle accoucha d'une fille, et tout le reste se passa suivant la règle.

Le second jour après l'accouchement, elle fut prise de fièvre vive, de douleur au cardia et dans les parties sexuelles; un pessaire diminua ces accidents, mais elle ressentit de la douleur dans la tête, le col et les lombes; elle ne dormit point, elle eut quelques évacuations alvines de matières bilieuses ténues et intempérées; les urines étaient ténues et noirâtres.

La nuit du sixième jour, à partir de celui où elle fut prise de fièvre, elle eut des hallucinations.

Septième jour. Tout s'aggrava : insomnie, hallucinations, selles bilieuses, soif, selles très-colorées.

Huitième jour. Nouveau frisson; elle dormit davantage.

Neuvième jour. Même état.

Dixième jour. Elle éprouva de la douleur dans les jambes; la douleur du cardia reparut; pesanteur de tête, point d'hallucinations; elle dormit davantage, et les évacuations alvines furent suspendues.

Onzième jour. Les urines furent de meilleure couleur, avec un dépôt abondant; la malade se trouva allégée.

Quatorzième jour. Nouveau frisson, fièvre vive.

Quinzième jour. Elle vomit des matières bilieuses jaunes en très-grande abondance; elle sua et fut sans fièvre; mais, dans la nuit, fièvre vive, les urines sont épaisses, le dépôt est blanc.

Seizième jour. Les accidents s'aggravèrent; la nuit fut pénible; la malade ne dormit pas, elle eut des hallucinations.

Dix-huitième jour. Soif, langue brûlée, point de sommeil; beaucoup d'hallucinations; douleurs dans les jambes.

Vingtième jour au matin. Elle eut de petits frissons, de la somnolence, puis elle dormit paisiblement; elle vomit quelques matières bilieuses et noires; surdité pendant la nuit.

Vingt et unième jour. Elle ressentit dans tout le côté gauche de la poitrine une pesanteur douloureuse; petite toux; urines épaisses, troubles, rougeâtres; laissées en repos, elles ne déposèrent pas; du reste, la malade se trouva mieux, elle n'eut pas de seconde apyrexie.

Dès le début du mal, elle avait eu la gorge douloureuse, rouge, et la luette contractée; une fluxion âcre, mordante et salée s'y fit jusqu'à la fin.

Vingt-septième jour. La fièvre cessa, les urines déposèrent; le côté resta douloureux.

Trente et unième jour. La fièvre reprit; il y eut des selles bilieuses.

Quarantième jour. La malade vomit quelques matières bilieuses.

Quatre-vingtième jour. La maladie fut complétement jugée et la fièvre terminée.

OBSERVATION II.

(Tarnier, *De la Fièvre puerpérale;* Paris, 1858.)

Fièvre puerpérale pendant la grossesse. — Mort. (Maternité, salle Sainte-Marie, n° 22.)

Wolff, 20 ans, journalière, primipare, à Paris depuis deux ans, entre à la Maternité le 2 mai. Accouchement le même jour; le travail a duré onze heures. Bonne santé habituellement.

Dans la journée du 30 avril, cette femme a souffert des reins. Pendant la nuit suivante, frissons avec claquements de dents.

1er mai. Fièvre, douleur de reins, de ventre; céphalalgie; pas de vomissements.

Dans la nuit du 1er au 2, la fièvre continue; à minuit, les douleurs de l'accouchement se déclarent; elles ne ressemblent en rien, dit la malade, aux douleurs qu'elle ressentait auparavant dans le ventre.

Le 2. La malade entre à la Maternité. Elle a été amenée du dehors en voiture.

Dix heures du matin. Pendant le travail de l'accouchement, face pâle; douleur du ventre; langue sèche; pas de vomissements; 130 pulsations, accouchement à onze heures du matin; passage immédiat à l'infirmerie.

Le soir, 120 pulsations; pas de frisson; langue humide; face médiocrement colorée. La malade se trouve bien; un peu de douleur dans le ventre; l'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. — Prescription : 30 sangsues à l'hypogastre; onguent napolitain belladoné en frictions.

Le 3. 108 pulsations; pas de frissons; langue bonne; ventre plus développé qu'hier; pas de vomissements; pas de selles depuis trois jours. — Prescription : limonade, 2 pots; diète; cataplasmes abdominaux; 30 sangsues; calomel, 0,30 en 3 paquets.

Le soir, 136 pulsations; pas de frissons; douleur épigastrique; pas de vomissements; 2 selles.

Le 4. Même état. — Même prescription.

Mort à quatre heures du soir.

Enfant mort le 3 mai.

Autopsie. La cavité péritonéale contient une assez grande quantité de liquide séro-purulent et quelques flocons blanchâtres assez volumineux; l'utérus est bien revenu sur lui-même; quelques-uns de ces sinus contiennent du pus; sa cavité contient un détritus putrilagineux. Rien dans la poitrine ni dans les autres organes.

OBSERVATION III.

(Béhier, *Clinique méd.*, p. 646; Paris, 1864.)

Le 18 octobre 1857, est entrée Pivot (Léonie), fleuriste, 21 ans, née à Lésigny (Vienne). Cette fille habite Paris depuis l'âge de 9 ans. Réglée à 16 ans, après avoir eu des indispositions pendant six mois; règles régulières, abondantes, durant huit, quinze jours. Première approche à 17 ans et demi, sans effet sur les règles.

Le 19. Elle ne souffrait pas, était bien à terme et perdait un peu de sang; le toucher montre le col à peine dilaté comme une pièce de 2 francs.

Le 19, à cinq heures. Elle a été prise d'un frisson violent qui a duré plus de trois heures, puis elle s'est réchauffée et a sué.

Le 20. Elle a vomi deux fois le matin, et à cinq heures. Pouls à 132; peau chaude, vif mal de tête; langue sèche; douleurs très-fortes de chaque côté du ventre, surtout au niveau de l'annexe droite. — Bain dans la salle; 60 sangsues, 30 sur chaque annexe.

Le 21. Accouchée à l'aide du forceps, à six heures du soir; elle a eu une très-abondante hémorrhagie qui a empêché de poser les sangsues; toute la nuit elle a été très-agitée, se jetait en bas du lit; on a eu de la peine à la réchauffer. Ce matin, elle se dit un peu mieux, mais elle a la peau très-chaude; le pouls à 140; utérus, 13 sur 13; douleurs vives aux annexes, surtout à droite; la langue est blanche, un peu gluante. L'enfant paraît assez bien. — 30 sangsues, 20 à droite et 10 à gauche; 1 gramme quinquina; bordeaux, 100 grammes; 4 bouillons.

Le 22. Elle n'a pas été agitée comme hier; mais elle a vomi dans la soirée du 21; un peu de hoquet; pouls à 136; peau chaude; fa-

cies altéré, affaissement, soubresauts des tendons; pas de mal de tête, mais pas de sommeil; langue blanche; la bouche n'est pas mauvaise; soif vive; elle a bu son vin avec plaisir; le ventre est très-ballonné, tympanique; urines rouges; pas de garde-robes; écoulement noir et fétide par la vulve. — Vésicatoire sur le ventre, 2 gr. de quina, 200 gr. de bordeaux sucré, avec 60 gr. sirop de quinquina.

Morte le 23, à huit heures du matin.

Autopsie le 24, à dix heures du matin. La vulve est gangrenée, noire, boursouflée, ramollie. Péritonite locale, circonscrite au petit bassin, dans lequel est un petit épanchement de la couleur du pus phlegmoneux, mais plus liquide. Le col est complétement gangrené; la lèvre postérieure n'existe presque plus; l'antérieure est recouverte de fausses membranes noires, mollasses; dans le tissu près de la face interne, une veine est pleine de pus. Tout l'intérieur de l'utérus est couvert d'un détritus brunâtre et a une odeur gangréneuse; une ligne sinueuse bien tranchée sépare le vagin de la partie du col qui paraissait devoir être éliminée. Le tissu du col est rempli de veines purulentes; à droite, il y en a plus qu'à gauche.

Dans les veines qui de l'utérus vont au ligament large droit, il y a du pus en abondance; à gauche, on en trouve aussi, mais en moins grande quantité. Le tissu de l'utérus est tout infiltré de sang violent.

Il s'écoule du pus de toutes les veines de la face postérieure de l'utérus. Dans l'épaisseur du tissu, une grosse veine, dont la paroi est saine, est remplie de pus et de sang mélangés. Au niveau de l'insertion placentaire, toutes les veines sont violacées, grisâtres; l'une d'elles renferme un peu de pus, les autres contiennent des caillots jaunâtres. L'ovaire droit est un peu volumineux, ramolli; le gauche normal. Rien dans les veines du bassin.

Les poumons sont sains, le foie décoloré et moins consistant qu'à l'état normal.

OBSERVATION IV.

Fièvre puerpérale chez une femme enceinte. — Frisson douze heures avant le début du travail. — Mort de la mère. — Mort du nouveau-né.

Marie-Elisabeth Comte, 24 ans, d'une menstruation habituellement régulière, a eu, pour la dernière fois, ses règles le 15 septembre 1866. Elle entre à l'hospice de la Charité le 14 juin se croyant à peu près à terme. Multipare.

La grossesse a été bonne, quelques vomissements sont seulement survenus pendant les trois premières semaines.

A 4 mois et demi, les mouvements actifs du fœtus se sont fait sentir et ont régulièrement continué.

Dans les premiers jours de son entrée à la Charité, cette malade n'éprouvait aucun malaise ; elle était placée dans une salle de femmes enceintes qui avait de fréquentes communications avec une salle de femmes en couches.

Le 17 juin, à dix heures du soir, elle prit un violent frisson avec claquements de dents, qui dura une demi-heure et fut suivi d'une réaction très-vive, la chaleur fut très-pénible et la sueur dura toute la nuit.

Le 18, au matin, le facies exprime de l'inquiétude, la respiration est haletante, bien qu'on ne trouve aucun trouble local de la poitrine. La peau est couverte de sueur; le pouls bat 130, la température de l'aisselle est 39,8.

La distension de l'utérus empêche d'explorer les annexes, on ne trouve pas de douleur à la palpation des fosses iliaques.

La malade souffre un peu dans le ventre depuis six heures du matin ; à dix heures, les douleurs de l'accouchement s'établissent, elles sont régulières et franchement intermittentes.

Le travail est très-pénible, les douleurs sont atroces, le pouls se maintient à 130 ; l'accouchement est terminé à cinq heures du soir. Fille née faible.

Un quart d'heure après l'accouchement, au moment de la délivrance, il y a un second frisson moins violent que le premier, mais la réaction est tout aussi vive. Il y a un peu de délire dans la soirée.

Le 19. La peau est toujours couverte de sueur, le pouls est à 124; la température 39°,6; le délire a cessé; le ventre est souple et indolent dans sa partie sus-ombilicale; l'utérus a son fond au niveau de l'ombilic, il est très-douloureux à la pression. (Tis. till. et thé, 20 gr. de rhum. Pot. 2 gr. alcoolat, aconit; vésicat. ventre).

Le 20. Le pouls est à 112; il y a une légère amélioration depuis hier, les frissons n'ont pas reparu. La température est 39°,4.

Le 21. Pouls, 108. Amélioration considérable de l'état général; la température est 39°,4.

Le ventre est souple, l'utérus seul reste douloureux à la pression. Les lochies commencent à devenir purulentes, il y a un léger gonflement des seins. Une diarrhée a commencé dans la journée d'hier, les selles sont séreuses au nombre de quatre ou cinq par jour.

Le 22. Le gonflement des seins n'a pas continué, la fluxion laiteuse

est incomplète. L'utérus est au niveau de l'ombilic, toujours un peu douloureux. Pouls, 120; température, 39°,6.

La diarrhée devient plus grave. (Décoction blanche de Sydenham; pot., 20 gouttes de laudanum).

Le 23. La diarrhée est un peu moindre, l'état de l'utérus n'a pas changé. Pouls, 120; température, 39°,6.

Le 25. Ce matin l'état général s'est tout à coup aggravé.

Il est survenu un brisement de tout le corps avec un malaise considérable sans nouveaux frissons.

Le pouls s'est élevé à 130, la température est 39°,8. L'utérus est à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, très-douloureux à la pression. (Pot. extrait thebaïque, 0,05; sirop valériane, 30 gr.)

Le 26. La respiration est courte, fréquente, presque saccadée. On ne trouve rien à l'auscultation de la poitrine. Pouls, 120; température, 39°,6.

Le 27. L'état général s'est amélioré, il n'y a plus d'anxiété, ni de prostration. La respiration est plus libre, le pouls est à 112.

Le 28. Le mieux se soutient; l'utérus est toujours douloureux, il est à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Le 29. Le pouls est devenu plus fréquent (120). l'anxiété a reparu, la respiration est embarrassée. Rien à l'auscultation de la poitrine. (Vin de Bordeaux; lavement, 4 gr. extrait de quina).

1er juillet. Abattement général. Le pouls est très-faible, à 120; la respiration est saccadée, difficile. La langue est blanche, sèche. La température, 39°,4.

Le 3. L'abattement général a augmenté, l'état général a une tendance à l'adynamie. On ne réveille la malade de sa torpeur qu'en pressant sur l'utérus.

Le pouls est à 120, température 39°,4; langue sèche, teint jaune terreux. (Potion, 4 gr. extr. de quina, 3 gr. esprit de Sylvius, 5 gr. teint de cannelle).

Le 4. L'état général est le même, le pouls à 130.

Vive douleur au niveau du foie dans le flanc droit. Secousses convulsives partielles et soubresauts de tendons. Pas de frissons; température, 39°,8.

Le 5. Mort à cinq heures du matin. Pas d'autopsie.

Enfant mort le 21 juin.

Réflexions. —Il n'est pas besoin de la confirmation de l'autopsie pour reconnaître dans cette observation la fièvre puerpérale. La pyrexie a débuté la veille de l'accouchement par le frisson initial ordinaire, et a continué pendant plus d'une semaine par un mouvement fébrile rémittent. C'est elle toute seule qui a amené la mort, l'absence de frissons dans les derniers jours éloigne l'idée d'une infection purulente.

Il ne m'a pas été possible de savoir à quelle maladie avait succombé l'enfant. Il avait été envoyé en nourrice à la campagne le lendemain de sa naissance, j'ai appris sa mort quelques jours après (1).

(1) A l'hospice de la Charité de Lyon, les nouveau-nés ne séjournent pas dans les salles de la Maternité, comme à Paris. Ils sont, immédiatement après leur naissance, transportés dans une crèche indépendante dela maternité, où ils sont allaités provisoirement par des nourrices sédentaires. Dès que l'administration a rempli les formalités nécessaires pour les admettre au secours du département, ils sont envoyés, dans les environs, chez des nourrices de la campagne, quelquefois transportés par des messagères dans des départements très-éloignés. Un très-petit nombre d'enfants restent à la Maternité; ce sont seulement les enfants syphilitiques, ceux que l'administration refuse de secourir, et ceux que les mères réclament pour les nourrir.

Il m'a dès lors été très-difficile de vérifier les principes posés par M. Lorain. J'ai bien appris qu'un grand nombre d'enfants nés pendant l'épidémie avaient succombé peu après leur départ, mais il a été impossible de savoir s'ils étaient morts de la fièvre puerpérale ou des fatigues d'un long voyage, effectué le plus souvent la nuit, et pendant lequel ils avaient été exposés à l'influence du froid, le plus grand ennemi des nouveau-nés.

CHAPITRE III.

DU FRISSON DANS LES MALADIES INTERCURRENTES DE LA GESTATION.

> Quæ utero gerentes febribus corripiuntur, et valde extenuantur citra manifestam causam, eæ difficulter et cum periculo pariunt, aut abortum facientes periclitantur.
>
> (HIPPOCRATE, Aphorism., sect. V.)

Nous avons vu que l'état de grossesse amenait avec son développement progressif une altération du sang qui est une véritable hydrémie. Nous ne serons dès lors nullement surpris, si la femme enceinte est plus sensible à l'action des agents extérieurs, et si, chez elle, une simple impression du froid, qui passerait inaperçue pour toute autre, amène une horripilation, quelquefois même un rigor avec claquement de dents.

Si, bien souvent, tout se borne là, on ne devra cependant pas être sans inquiétude ; la puerpéralité donne un facile accès aux causes morbifères qui nous environnent. Un frisson dans cette circonstance pourra être l'indice d'une pneumonie, d'une pleurésie, d'une dysentérie, d'une néphrite albumineuse. Il revêtira un caractère d'intensité qu'il n'aurait pas eu en dehors de l'état de gestation, et il annoncera une maladie qui sera plus grave, en raison même de cet état de gestation ; la vie de l'enfant sera en outre sérieusement compromise. Rien dans les caractères du frisson ne pourra éclairer

le diagnostic, on ne pourra fonder son jugement que sur les symptômes concomitants.

La fièvre intermittente cause dans quelques circonstances un frisson d'une intensité extraordinaire, accompagné de symptômes généraux très-alarmants ; nous avons déjà vu que ce frisson ressemble en tout point à celui de la fièvre puerpérale, et que la palpation de l'abdomen sert seule à faire distinguer ces deux pyrexies. Un accès paludéen est chose grave chez une femme enceinte, il peut faire mourir le fœtus ou causer l'avortement. Si la grossesse continue sans entraves, l'enfant risque de venir au monde avec une hypertrophie de la rate, ou avec une fièvre tierce ou quarte. Le professeur Stokes, de Dublin, et M. Pitre d'Aubanais disent avoir vu des femmes enceintes, atteintes de fièvre intermittente, qui ont communiqué la maladie à leurs enfants. Ces cas sont signalés par M. Tarnier, dans la dernière édition de Cazeaux.

Nous rencontrons la même influence dans les autres pyrexies, comme la variole, la rougeole et la fièvre typhoïde. Le frisson de leur début, et celui de la fièvre de suppuration de la variole, peuvent attirer particulièrement l'attention, mais ils n'ont aucune importance spéciale pour le diagnostic ou le pronostic. Ils n'atteignent jamais le caractère de violence que nous avons trouvé dans le frisson de la fièvre intermittente et dans celui de la fièvre puerpérale.

Nous rencontrons assez fréquemment des frissons dans les maladies des voies digestives : une évacuation diarrhéique, une indigestion, un vomissement, donneront lieu à un rigor d'une courte durée et sans aucune gravité. Ce frisson est dû en grande partie à la secousse

et à l'effort ; il ne s'accompagne d'aucune chaleur intérieure. Il n'est ici qu'un symptôme tout à fait secondaire ; on ne doit nullement s'en inquiéter. On devra être moins rassuré, si le frisson se répète avec le même caractère de violence et s'il survient à d'autres moments que ceux des selles et les vomissements. J'ai eu l'occasion, pendant mon séjour à la Maternité de Lyon, d'observer une petite épidémie de dysentéries qui a sévi sur les femmes enceintes. Sur 10 observations que j'ai recueillies, 7 ont présenté au début des frissons multiples assez vifs en dehors des selles. Toutes ces dysentéries ont eu pour effet de provoquer le travail de l'accouchement ; les femmes étaient toutes arrivées à huit mois et demi ou huit mois trois quarts de leur grossesse. Deux de ces malades succombèrent quelques jours après leur accouchement. Chez l'une les symptômes alarmants n'arrivèrent qu'après la parturition, l'enfant ne souffrit nullement de la dysentérie de sa mère ; l'autre malade eut un accouchement très-laborieux, et ne put être terminé que par une céphalotomie. L'observation me paraît assez intéressante pour être rapportée ici.

OBSERVATION V.

Dysentérie chez une femme enceinte et à terme. — Frissons multiples au début. — Mort du fœtus. — Travail de l'accouchement très-laborieux. — Céphalotomie. — Gangrène du vagin. — Mort de la mère.

Benoîte-Aimée Fayetton, 36 ans, primipare, d'une constitution vigoureuse, entre à l'hôpital de la Charité le 1er septembre 1867.

Cette femme, menstruée assez régulièrement, a eu pour la dernière fois ses règles le 28 novembre 1866. Elle présente un très-léger rétrécissement du diamètre antéro-postérieur du bassin.

Le 5. Elle prit une dysentérie avec des selles sanguinolentes, des

épreintes et du ténesme rectal; dans cette première journée de la maladie, elle eut trois frissons violents avec claquement de dents, qui revinrent à trois ou quatre heures d'intervalle et furent séparés par des intervalles de sueur.

Le pouls était à 112, la température de l'aisselle, le soir, était de 38°, ce n'était pas pendant un frisson.

Le lendemain 6, la dysentérie continua avec la même intensité, l'état général était le même, un frisson parut encore dans cette journée.

Les douleurs de l'accouchement commencèrent dans la journée du samedi 7, elles furent assez régulières. Une poche des eaux se forma et la dilatation du col commença.

Des frissons multiples parurent pendant le travail, ils se répétèrent avec une grande intensité, surtout pendant les fortes douleurs. Dans la soirée, la dilatation du col était complète, la tête ne descendait pas et les douleurs s'arrêtaient. La malade épuisée déjà par la dysentérie, souffrait beaucoup de la prolongation de ce travail, le facies s'altérait rapidement. L'enfant était mort depuis le milieu de la journée. On donna 2 grammes d'ergot de seigle. Les contractions utérines se réveillèrent un peu sous l'influence de ce médicament; elles continuèrent toute la nuit sans aucun résultat. Le frisson reparaissait de temps en temps pendant les douleurs, alternant avec de la sueur et une chaleur insupportable; il se fit surtout sentir pendant les contractions qui suivirent la prise de l'ergot de seigle.

Le lendemain, à cinq heures du matin, la tête était à peine engagée au détroit supérieur; la dilatation du col était complète, mais un thrombus considérable empêchait de constater la position.

M. Delore appliqua le forceps ordinaire au détroit supérieur, sans s'inquiéter de la position; on exerça en arrière dans l'axe du détroit supérieur des tractions énergiques d'environ 60 ou 70 kilogrammes. Au bout de trois quarts d'heure de tractions, la tête avait commencé à s'engager, mais elle ne cheminait qu'avec la plus grande lenteur. L'état général de la mère s'aggravait, de petits frissons erratiques revenaient à chaque instant; le pouls, déjà filiforme, diminuait de plus en plus et devenait insensible.

M. Delore fit une perforation du crâne avec les ciseaux de Blot; il suffit pour cela de désarticuler le forceps sans l'enlever, et on introduisit l'instrument perforateur entre les deux branches écartées. On articula de nouveau les deux branches du forceps; on les

serra fortement pour réduire le volume de la tête, et on vit s'écouler de la matière cérébrale. On tira encore environ un quart d'heure, puis on fit la bascule; on dégagea la tête en position occipito-sacrée, ce qui rendit compte de la difficulté qu'avait présentée l'extraction. Les épaules et le tronc passèrent sans difficulté. Au moment de l'expulsion, le périnée se déchira complétement jusqu'à l'anus.

La délivrance ne put se faire immédiatement : le placenta était adhérent et n'obéissait pas aux tractions. Le cordon se rompit sous l'influence d'un effort cependant très-modéré. On saisit alors le placenta par un de ses bords; mais son parenchyme se déchira sous le doigt, sans que les adhérences cédassent. Il fallut alors introduire toute la main dans l'utérus et faire la délivrance artificielle. On amena un placenta entier, dont la couleur était déjà foncée et l'odeur très-désagréable : le cordon était verdâtre et très-friable. L'aspect du fœtus et des annexes indiquait une mort remontant à vingt-quatre heures environ.

Il n'y eut aucun frisson au moment de l'expulsion du fœtus et de la déchirure du périnée; après la délivrance artificielle, la malade eut une légère sensation de froid.

Le pouls était filiforme, à 150 environ; un abattement excessif dura toute la journée. — Potion, 30 grammes eau de menthe, 30 grammes élixir de Garus, 30 grammes sirop de quina.

Le lendemain de l'accouchement, 10 septembre, la dysentérie se modère un peu; il y a cependant encore des selles sanglantes et quelques évacuations involontaires. Le pouls se tient à 112. Les frissons ne reparaissent pas. On entend quelques râles de bronchite dans la poitrine. La malade tousse un peu.

Le 12. La malade tousse toujours. L'état de la dysentérie et l'état général ne sont pas changés. Pouls, 130; temp., 38,6.

Le 13. La plaie du périnée devient gangréneuse; les lochies sont devenues très-fétides depuis la veille et indiquent une gangrène probable du vagin ou de l'utérus. Le facies est terreux, le pouls faible, à 120. Ronchus sonores de la poitrine; tendance générale à l'adynamie. Pouls misérable, à 120; temp., 39°.

Le 14. Mort à sept heures du matin.

Le 15. *Autopsie* vingt-six heures après la mort.

Le péritoine est sain; l'utérus est très-peu revenu sur lui-même; on trouve des caillots très-nombreux et très-fétides dans sa cavité. La muqueuse du vagin est d'une coloration gris-noirâtre, et s'exfolie avec une grande facilité; elle est gangrenée sur toute sa surface, dans son tiers supérieur.

L'eschare a gagné la lèvre antérieure du col de l'utérus. On ne trouve aucune trace d'une inflammation éliminatrice autour des parties mortifiées.

La muqueuse de l'intestin présente une coloration rouge foncé et un épaississement sensible. Quelques ulcérations se trouvent sur le côlon descendant.

L'examen le plus minutieux n'a pas fait trouver de pus dans le sinus utérin, même dans la région cervico-utérine. Les veines des ligaments larges et du bassin ne présentent aucune altération.

Le détroit supérieur du bassin n'a que 9 centimètres dans son diamètre sacro-pubien.

Réflexions. — Cette observation nous montre un frisson se présentant avec un caractère d'intensité et de répétition qu'il n'est pas ordinaire de rencontrer dans une dysentérie. Il a paru à diverses reprises pendant le travail, surtout après l'administration du seigle ergoté. Nous verrons, en effet, plus loin, que les contractions donnent quelquefois lieu au frisson, quand les douleurs sont très-violentes, et l'accouchement long et difficile. La mort n'a pas seulement été due à la dysentérie, la gangrène du vagin et du col de l'utérus, survenue sous l'influence des tractions très-énergiques du forceps, doit aussi entrer en ligne de compte. Quelques frissons ont paru pendant les douleurs, je ne fais que les signaler ici ; j'y reviendrai dans la partie de ce travail qui a trait à la parturition. Aucune algidité, si ce n'est un refroidissement au moment de l'agonie, n'a eu lieu dans les suites de couches.

Ictère. — Cette maladie, si commune pendant la grossesse, s'y présente quelquefois d'une manière épidémique ; aussi a-t-elle été considérée comme un ictère à part propre à la gestation, auquel on donnait le nom d'ictère

gravidique. Cependant on ne pense pas généralement qu'elle soit une entité morbide distincte, et nous le plaçons aù chapitre des maladies intercurrentes.

M. Bardinet, de Limoges, dans un mémoire présenté en 1859 à l'Académie de médecine, dit que l'ictère épidémique se présente sous trois formes différentes :

La première n'est qu'un ictère simple, sans fièvre, sans influence sur l'enfant; dans la seconde varié, l'ictère a le caractère abortif et s'accompagne à peine d'un mouvemeut fébrile; enfin l'ictère de la troisième variété présente franchement les symptômes de l'ictère grave.

Le frisson aura ici une importance diagnostique que l'on ne devra pas négliger. Il pourra se montrer dans la seconde forme d'ictère décrite par M. Bardinet, et ne consister alors qu'en une légère sensation de froid suivie d'une réaction assez faible; cependant on ne le laissera pas passer sans attention. En général l'ictère accompagné de fièvre présente un grand danger; le médecin concevra immédiatement des inquiétudes de cette fièvre et de ce frisson, s'il ne peut pas les attribuer à une autre cause qu'à l'ictère, et si un examen approfondi ne lui révèle aucune autre maladie intercurrente. Le frisson se montrera le plus ordinairement dans la forme la plus terrible de cette maladie, l'ictère grave ou ictère hémorrhagique. Il se rencontrera au début de la fièvre ou plusieurs fois pendant le cours de la maladie, principalement après les grandes pertes de sang. Son intensité sera très-variable et n'aura aucune valeur pour le pronostic ou le diagnostic, c'est uniquement d'après les symptômes typhoïdes décrits par Trousseau, Frerichs et M. Bardinet, que l'on jugera de l'avenir de

la maladie et qu'on pourra prévoir son influence sur le produit de la conception.

Rhumatisme utérin. — Le frisson et le mouvement fébrile dont il fait partie pourront servir d'élément de diagnostic entre le rhumatisme utérin et l'inflammation de la matrice, ce qui est très-important pour le pronostic.

Le rhumatisme utérin est caractérisé par des douleurs violentes, sans fièvre, il ne fait courir aucun danger à la mère ; il amène seulement, dans quelques cas, un accouchement prématuré. La métrite, au contraire, et la métro-péritonite s'accompagnent de symptômes généraux fébriles et d'un frisson plus ou moins violent suivant l'étendue de la phlegmasie, la maladie est beaucoup plus sérieuse; si elle n'a pas une issue rapidement fatale, elle produit entre le placenta et l'utérus des adhérences qui compliqueront singulièrement la délivrance.

DEUXIÈME PARTIE

Du frisson pendant la parturition et les suites de couches.

CHAPITRE PREMIER.

DU FRISSON DE L'ACCOUCHEMENT.

Le travail de la parturition est fréquemment accompagné d'un frisson qui a lieu soit pendant les douleurs des contractions utérines, soit à l'instant de l'expulsion du fœtus, soit au moment de la délivrance. La durée et l'intensité de ce symptôme sont des plus variables, je tâcherai pourtant de grouper quelques caractères assez constants pour former plusieurs variétés qui se rapporteront au temps du travail où paraît le frisson.

Je distinguerai, suivant l'époque de l'apparition du frisson, trois variétés qui peuvent, en clinique, se rencontrer soit isolément, soit à la suite les unes des autres : le frisson des douleurs, le frisson de l'expulsion, et le frisson de la délivrance.

A. Le frisson des douleurs a lieu surtout chez les primipares vers la fin du travail, au moment où la tête

franchit ou vient de franchir le col, après une dilatation pénible; on le rencontre encore un moment plus tard, quand le dégagement de la tête rencontre une résistance périnéale considérable. Il se fait sentir quelquefois dans l'intervalle de deux contractions, plus souvent au moment du summum d'intensité de la douleur. Dans ce dernier cas, la sensation de froid n'est pas le symptôme prédominant, ou plutôt elle est effacée par les atroces douleurs que causent les contractions utérines. Il n'est pas rare de voir des parturientes, agitées d'un violent rigor, sans qu'elles ressentent le froid qui habituellement marche de pair avec la convulsion. Le frisson débute rarement avec les premières douleurs ; ce n'est, avons-nous vu, qu'une demi-heure ou une heure avant le dégagement du fœtus, que l'on voit survenir un tremblement ordinairement général, quelquefois partiel, rarement violent, durant quatre ou cinq minutes, et n'amenant à sa suite aucune réaction autre que la chaleur habituelle dans le travail de l'accouchement. Son caractère le plus essentiel est la répétition : à chaque douleur ou à chaque intervalle de repos, il s'arrête, pour revenir pendant la prochaine contraction ou pendant le prochain repos. Tantôt il cesse immédiatement après la sortie de l'enfant, tantôt il se continue presque sans interruption avec la seconde variété que nous allons immédiatement étudier,

B. Le frisson de l'expulsion est plus fréquent, mais tout aussi variable quant à l'intensité, que la variété précédente : tantôt il n'est qu'une sensation de froid, tantôt il devient un rigor des plus accusés. Il commence dès que le corps entier du fœtus est dégagé.

Aussitôt que l'on a coupé le cordon, la parturiente fléchit légèrement les membres, elle se ramasse sur elle-même, se plaint du froid, et on voit commencer de légères trépidations musculaires avec tremblottement des lèvres et claquement des dents. La durée de ce frisson est variable; elle est ordinairement de dix minutes ou d'un quart d'heure, quelquefois d'un-demie heure. Une réaction franche vient ensuite, la sueur s'établit immédiatement pour durer un temps qu'il n'est pas possible de déterminer. Cette réaction diffère complétement de celle du frisson fébrile : il n'y a ni l'agitation, ni la chaleur sèche de la fièvre; quand la malade est réchauffée, une douce moiteur se répand sur sa peau, le calme et la tendance au sommeil succèdent aux fatigues de l'accouchement. Contrairement au frisson des douleurs, celui de l'expulsion est unique, le tremblement se fait tout d'un coup, d'une seule durée; dans aucun cas, je ne l'ai vu se répéter.

C. Le frisson de la délivrance est beaucoup plus rare. Il a lieu au moment où l'on vient d'extraire le placenta. Il a une durée à peu près égale à celle de la variété précédente, et une intensité tout aussi variable; il est également unique, la réaction qui le suit a les mêmes allures.

Un caractère qui est commun à ces trois variétés, et sur lequel on ne saurait trop insister, parce qu'il nous servira plus loin à différencier le frisson de l'accouchement d'avec d'autres frissons plus sérieux, c'est que la température ne s'élève jamais et que le pouls ne s'accélère pas. Le thermomètre appliqué sous l'aisselle, soit pendant le frisson que nous étudions, soit un instant plus

tard quand le tremblement a cessé, accuse toujours une température oscillant entre 37° et 37°,5 ; c'est la chaleur que l'on constate chez toutes les femmes en couches, même lorsqu'elles n'ont jamais eu de frissons. Les femmes accusent souvent une soif assez marquée après la parturition, ce n'est pas une raison pour croire à l'existence d'un mouvement fébrile. Si on interroge le pouls, il pourra peut-être, immédiatement après la sortie du fœtus, se ressentir un peu de l'ébranlement général des dernières douleurs et des dernières contractions qui ont vidé l'utérus, il pourra s'accélérer momentanément, mais ce ne sera que pour quelques minutes. Avant même la fin du frisson, le trouble de la circulation sera calmé, et l'on ne comptera plus que 60 ou 70 pulsations par minute. Très-rarement leur fréquence dépassera 80 ; ce n'est que dans des cas exceptionnels, et tenant à une idiosyncrasie spéciale, qu'on les verra s'élever plus haut.

Le frisson de l'accouchement est appelé par M. Tarnier un frisson physiologique. On le rencontre, il est vrai, très-fréquemment ; on ne peut pas dire cependant qu'il soit la règle, et l'absence du frisson, l'exception. Sur 446 femmes que j'ai vues en travail ou interrogées quelques instants après leur délivrance, j'ai constaté 160 fois le frisson de l'accouchement, ce qui revient à dire qu'il s'est rencontré à peu près 1 fois sur 3 accouchements. Le frisson de l'expulsion est la variété la plus commune, le frisson non interrompu des douleurs et de l'expulsion vient ensuite par ordre de fréquence, puis celui des douleurs, enfin celui de la délivrance, qui est le plus rare. Voici du reste un tableau qui pourra donner une idée de la fréquence relative de

ces diverses variétés du frisson de l'accouchement, il indique sur 160 cas le nombre des différentes formes :

Frisson des douleurs.	34
Frisson de l'expulsion.	50
Frisson non interrompu des douleurs et de l'expulsion.	46
Frisson de la délivrance.	22
Frisson des douleurs, de l'expulsion et de la délivrance.	8
	160

La primiparité ou la multiparité n'ont aucune influence sur l'étiologie du frisson de l'accouchement. La seule particularité à noter, c'est la fréquence de la seconde variété (frisson de l'expulsion) après une sortie très-rapide du fœtus. Quand le corps entier du fœtus sort tout d'un coup, et qu'il est projeté au-dehors tout de suite après le dégagement de la tête, il est excessivement rare de voir manquer le tremblement.

La cause du frisson de l'accouchement est attribuée par M. Béhier au traumatisme du travail : « Ce frisson, dit-il, on le trouve chez la plupart des malades qui ont subi des opérations graves dans les salles de chirurgie; une fois reportés dans leur lit, ils sont pris d'un tremblement qui varie selon les individus, selon la durée de l'opération et selon la douleur perçue, c'est le premier effet du traumatisme. Ce symptôme n'a pas d'autre cause chez les femmes en couches qui viennent, elles aussi, de subir une plaie, une perte de sang habituellement assez considérable et des douleurs plus ou moins violentes et plus ou moins prolongées (1) ».

(1) Béhier, Leçons cliniques ; Paris, 1864.

Sans doute l'influence du traumatisme ne peut être contestée, mais nous verrons plus loin qu'elle ne joue qu'un rôle très-secondaire dans l'état puerpéral. Pour le cas qui nous occupe, on peut certainement sans réserves lui attribuer la cause du frisson des douleurs, qui n'est dû qu'à un ébranlement nerveux. On peut encore le faire entrer en ligne de compte dans l'étiologie du frisson de l'expulsion, mais il y a un autre élément qui joue un rôle bien plus important : c'est la disparition presque instantanée d'une masse considérable à laquelle l'organisme de la femme s'était progressivement habitué. Cette déplétion rapide de l'abdomen fait immédiatement cesser la compression des viscères, et le sang abandonne les extrémités, pour se précipiter du côté des organes splanchniques et combler l'espèce de vide qui vient d'y être produit. Il en résulte un trouble momentané de la circulation générale, et quelquefois une rupture d'équilibre entre la température des origines et des terminaisons des nerfs thermosodiques. Cela suffit, avons-nous vu, pour amener les convulsions réflexes qui constituent le frisson.

Le frisson de la délivrance reconnaît le même mécanisme dans sa production ; si le trouble circulatoire a été trop faible au moment de l'expulsion du fœtus, il peut arriver que la soustraction de la masse placentaire et le retrait brusque de l'utérus, qui suit l'extraction du délivre, cause, dans les différentes parties du corps, une perturbation de l'équilibre des températures, suffisante pour être suivie du frisson. On ne peut mieux comparer ce tremblement qu'à l'horripilation légère que tout le monde a pu ressentir après une miction abondante, ou une évacuation diarrhéique considérable.

Si le traumatisme en était la seule cause, on ne comprendrait pas pourquoi le frisson se produirait toujours à des temps déterminés de l'accouchement; il devrait survenir tantôt cinq-minutes, tantôt dix minutes, tantôt un quart-d'heure après la sortie du fœtus et du placenta. On le rencontrerait surtout après les accouchements dystociques, les ruptures du périnée, et les délivrances artificielles. Les observations que j'ai recueillies tendent, au contraire, à prouver qu'après un travail long et difficile, le frisson ne se présente pas dans une proportion suffisamment plus grande qu'après les accouchements ordinaires, pour qu'il soit permis d'invoquer le *tedious labour* et la dystocie comme causes du phénomène. — Sur 10 applications de forceps, 4 seulement ont été suivies du frisson de l'expulsion; un cas de céphalotripsie, dont l'observation a été publiée dans le *Journal de médecine de Lyon* du 15 août 1867, n'en a présenté aucun; sur 8 versions, il n'y en a eu que 3 qui ont été accompagnées du frisson. On voit que c'est à peu près le même rapport de fréquence que celui établi plus haut sur 446 accouchements naturels, c'est-à-dire 1 sur 3.

Le frisson de la délivrance n'a pas non plus de prédilection pour les cas où le traumatisme est plus violent. Sur 6 accouchements, où l'on fut obligé d'introduire la main dans l'utérus pour faire la délivrance artificielle, aucun frisson n'a été constaté.

Pronostic. — Le frisson de l'accouchement a été considéré par quelques auteurs comme la première manifestation d'un état morbide plus ou moins grave.

M. Mourette (1), dans une thèse soutenue à Paris, sous la présidence de M. P. Dubois, signale ce frisson comme n'annonçant rien de bon. Voyons ce qu'il peut y avoir de fondé dans cette opinion, et examinons si l'on est autorisé à concevoir ici quelque inquiétude d'un phénomène si commun de la parturition. M. Béhier remarque avec beaucoup de raison qu'il a observé un nombre considérable de femmes qui avaient eu un accouchement suivi d'un violent tremblement, et qui n'éprouvèrent aucune espèce d'accidents : les suites de couches suivirent la marche la plus régulière. Sur les 446 femmes que j'ai observées, 160 seulement, avons-nous vu, ont eu le frisson de l'accouchement, et par conséquent 286 n'ont pas présenté ce symptôme.

Sur les 160 femmes à frisson de l'accouchement, 55 ont eu des complications dans les suites de couches : fièvre puerpérale, accidents puerpéraux, fièvre de lait, fièvre éphémère, miliaire, bronchite, etc...

Dans les 286 cas où le frisson de l'accouchement a manqué, 84 suites de couches ont été plus ou moins troublées par des accidents de la même sorte, graves ou légers.

La conclusion à déduire de ces résultats est bien facile :

$\frac{55}{160}$ représente le rapport des accidents des suites de couches au frisson de l'accouchement.

$\frac{84}{286}$ représente le rapport des accidents des suites de couches à l'absence du frisson de l'accouchement.

Cherchons si le premier de ces deux rapports l'emporte sur le second d'une quantité assez notable pour qu'on

(1) Remarques critiques sur la fièvre de lait ; Paris, 1852.

soit autorisé à voir une relation de cause à effet entre le frisson de l'accouchement et les accidents des suites de couches. En simplifiant les deux fractions autant que possible et les réduisant au même dénominateur pour les comparer, on trouve :

$\frac{1673}{4579}$ exprimant le rapport des accidents des suites de couches au frisson de l'accouchement.

$\frac{1344}{4576}$ exprimamt le rapport des accidents des suites de couches à l'absence du frisson de l'accouchement.

La première de ces deux fractions est, on le voit, plus grande que la seconde, mais elle ne la surpasse que d'une quantité très-minime : $\frac{329}{4576}$ exprime la différence en plus pour les cas compliqués où le frisson de l'accouchement a été constaté : c'est environ $\frac{7}{100}$. Ce n'est certainement pas suffisant pour que l'on soit autorisé à penser qu'il annonce des orages. Il se rencontre presque aussi fréquemment dans les circonstances où les suites de couches doivent être simples, que dans celles où elles doivent être dangereuses.

La différence minime que nous avons calculée s'explique très-bien, quand on considère que c'est chez les femmes dont le travail est long et difficile que se rencontre une des variétés du frisson de l'accouchement, le frisson des douleurs. Or, qui ne sait que dans les temps d'épidémie, la fièvre puerpérale choisit un peu ses victimes ? Le fléau atteint de préférence les femmes dont le travail a été long et difficile et a pu présenter le frisson des douleurs qui est commun, avons-nous vu, dans le *tedious labour*. Le frisson des douleurs et la fièvre puerpérale reconnaissent la même cause prédisposante, la petite différence $\frac{329}{4576}$ environ $\frac{7}{100}$ s'explique par une coïncidence toute naturelle, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer une relation de cause à effet.

En résumé, le frisson de l'accouchement est presque *physiologique*, comme l'appelle M. Tarnier : nous conclurons hardiment à sa complète innocuité. M. Mourette dit qu'il n'annonce rien de bon ; nous dirons simplement qu'il n'annonce rien du tout.

Traitement. — Le frisson de l'accouchement ne présente aucune indication bien spéciale ; il suffit de réchauffer artificiellement les femmes et de les stimuler par quelques excitants généraux et des boissons aromatiques. Le plus souvent le symptôme passe presque inaperçu, disparaît tout seul au bout de quelques minutes, pour être remplacé par une grande tendance au sommeil ; puis tout rentre dans l'ordre.

CHAPITRE II.

DU FRISSON DANS LES ACCIDENTS TRAUMATIQUES ET LES HEMORRHAGIES.

Quelques auteurs ont décrit une fièvre traumatique après l'accouchement, elle serait l'effet de l'ébranlement nerveux causé par la secousse des douleurs et par la formation d'une plaie dans l'utérus. Cette fièvre n'existe généralement pas après les accouchements naturels ; le pouls a au contraire, après la parturition, une tendance marquée au ralentissement : cela résulte du mémoire de M. Blot ; j'ai pu moi-même en vérifier les conclusions. Cependant il peut se présenter en dehors de toute influence épidémique, après les accouchements difficiles, des accidents inflammatoires dans la sphère

génitale, suivis d'une réaction générale et d'une accélération du pouls. Le mouvement fébrile se manifeste d'ordinaire le lendemain de l'accouchement, il présente de grandes analogies avec les accidents puerpéraux légers que nous étudierons plus loin; mais un des signes les plus sûrs pour les en distinguer, c'est le frisson. Il est la règle dans les accidents puerpéraux, il constitue une exception dans les accidents traumatiques.

La fièvre traumatique est quelquefois considérable après les grandes manœuvres obstétricales, comme après les grandes opérations chirurgicales; elle est due à l'intervention des instruments ou aux écarts d'une main maladroite, mais l'accouchement tout seul ne constitue pas un traumatisme et n'en provoque pas les effets ordinaires. Dans les cas graves de dystocie, l'utérus peut avoir été rompu, une péritonite traumatique suraiguë se développer; dans ces cas malheureux eux-mêmes le frisson est encore une exception.

Les hémorrhagies après la délivrance sont quelquefois suivies d'un frisson qui tient au trouble circulatoire momentané qui résulte de la déplétion du système vasculaire. Ce frisson se produit par le même mécanisme que celui de l'expulsion du fœtus ou de la délivrance. On ne peut rien dire de général sur ses caractères. Il ne présente aucune indication particulière, et n'a d'autre gravité que celle de l'accident qui le produit.

Je n'ai pu observer qu'un très-petit nombre d'accidents fébriles traumatiques et d'hémorrhagies graves. Jamais dans ces circonstances, je n'ai eu à constater le frisson.

MM. Jonhston et Sinclair, dans leur traité pratique d'accouchements, parlent longuement de ces accidents

traumatiques, le frisson n'est signalé dans aucune de leurs observations ; ce symptôme est, au contraire, très-exactement noté dans la partie de leur ouvrage qui traite de la fièvre puerpérale. Je choisis pour la rapporter ici celle de leurs observations qui m'a paru la plus intéressante. Il y a eu à la fois hémorrhagie, rupture du vagin, péritonite suraiguë ; il n'est nullement question du frisson. Je fais une traduction aussi littérale que possible.

OBSERVATION VI.

Rupture du vagin. — Péritonite suraiguë. — Absence de frissons. — Mort. — Autopsie (1).

Fille, accouchant pour la seconde fois, avait vécu avec son amant, qui l'a aujourd'hui abandonnée, elle a enduré autant de souffrances morales que de peines physiques. Travail depuis cinq heures à son entrée ; col utérin presque entièrement dilaté. Membranes non rompues, la tête se présente ; douleurs fréquentes, pas trop violentes. A sept heures, la première période de l'accouchement est complète et les membranes se rompent. Quelques fortes douleurs s'établissent, mais ne peuvent pas engager la tête au détroit supérieur. Le travail s'affaiblit ; et autour de dix heures il n'a nullement progressé. A midi une hémorrhagie abondante survient, elle fait baisser le pouls ; les douleurs auparavant ont été insignifiantes et la tête est encore au-dessus du détroit supérieur. Après l'hémorrhagie elles s'arrêtent, et il survient quelques vomissements ; le cœur du fœtus arrête ses battements ; la tête est amenée, et l'enfant est extrait difficilement avec un crochet. Présentation en première position : cordon enroulé autour du cou, les deux mains en arrière de la face, délivrance immédiate ; l'utérus reste dilaté, et un suintement sanguin continue. (Ergot et opium.) Pendant quelque temps la malade est agitée, froide, mais à l'aide des moyens usuels la réaction se fait, le pouls vient à 130 et la malade s'endort.

Le premier jour après la délivrance, douleurs dans tout l'abdo-

(1) Jonhston et Sainclair, *Practical midwifery*.

men, pouls à 120, langue blanche; 1 grain d'opium toutes les quatre heures, un vomissement dans le jour; le soir, le cathéter évacue 10 onces d'urine, l'opium est continué pendant la nuit.

Deuxième jour. Nuit bonne. Abdomen encore douloureux. Quelques légères nausées; une pinte d'urine est retirée. (3 grains de calomel, 3 gr. de poudre de Dower et thé de bœuf.)

Le soir, peau chaude et sèche; pouls, 130; abdomen ballonné et très-douloureux, une pinte d'urine est retirée. Sangsues; 2 grammes de calomel et 1 gramme d'opium toutes les deux heures.

Troisième jour. Sommeil. Pouls, 130. Douleur et tension de l'abdomen moindres, une évacuation alvine dans le jour, elle urine seule.

Visite du soir. Quelques vomissements bilieux après l'opium. Vésicatoire sur l'épigastre.

Quatrième jour. Sommeil tranquille, mais le matin aggravation; pouls serré et petit, abdomen très-douloureux, soif ardente, langue blanche à papilles proéminentes. Elle continua à baisser et mourut dans l'après-midi du cinquième jour.

Autopsie. Il y avait environ une pinte de pus grumeleux et de sérum sanguin dans la cavité péritonéale; les intestins étaient rouges et unis par des adhérences; un large caillot occupait la face latérale droite de l'utérus qui était incliné à gauche; les doigts passés à travers le canal vaginal arrivent dans la cavité péritonéale, à travers une fente qui sépare la paroi antérieure du tiers supérieur du vagin de ses connexions avec l'utérus. (*The fingers passed along the vaginal canal made their appearence in the peritoneal cavity, through a rent which separated the anterior wall of the superior third of the vagina, from its connexions with the uterus.*) L'utérus est intact. Le diamètre antéro-postérieur du bassin est de 4 pouces, le transverse de 6. Le bord du détroit est excessivement aigu.

CHAPITRE III

DU FRISSON DANS LA FIÈVRE PUERPÉRALE.

..... Adhuc sub judice lis est.
(HORACE, *Art poétique*.)

Les complications graves des suites de couches, bien qu'étudiées et connues depuis fort longtemps, sont encore aujourd'hui l'objet de discussions nombreuses dans le monde savant. Il n'y a peut-être pas deux auteurs qui les comprennent de la même façon. Aussi suis-je obligé, pour justifier le titre de ce chapitre, de prouver d'abord qu'il existe une fièvre puerpérale et de dire ensuite ce que j'entends par ce mot.

§ I. — *De la fièvre puerpérale, de son existence et de son essentialité.*

Les annales de la science nous apprennent qu'on a observé depuis les temps les plus reculés une maladie épidémique des femmes en couche. Hippocrate l'avait remarquée, en avait saisi toute la gravité et lui a consacré une longue étude dans son livre *des Epidémies*. Il l'attribua à une inflammation utérine due à la suppression des lochies. Galien, Arétée, Celse, Avicenne, partagèrent le même avis. Nous verrons plus loin que le génie antique, avec des observations incomplètes, privées des lumières de l'anatomie pathologique, avait presque deviné le siége de la maladie, sans toutefois en comprendre la nature.

Mercatus décrivit deux espèces de maladies des femmes en couche, l'une produite par la suppression des lochies, l'autre par la suppuration de l'utérus.

A la suite des épidémies meurtrières qui régnèrent à Leipsick et à Copenhague, de 1650 à 1670, et qui ravagèrent l'Angleterre pendant le XVIIIe siècle, comme le raconte le Dr Ozanam (1), l'attention des médecins fut spécialement attirée sur la nature du fléau. C'est aussi à partir de cette époque que les grandes divergences commencèrent à se dessiner dans les opinions des auteurs. A la fin du XVIIe siècle, Puzos inaugura la doctrine des métastases laiteuses ; il vit dans la déviation du lait la cause de la fièvre grave des nouvelles accouchées. Cette opinion fut en grande faveur pendant environ un siècle. Willis, Doulcet (2) et Doublet (3), l'adoptèrent en faisant intervenir dans certains cas une complication d'embarras gastrique.

C'est en Angleterre, en 1718, que Strother prononça le premier mot de fièvre puerpérale ; il partagea les idées des anciens sur l'inflammation utérine; son opinion fut suivie par Burton, Smellie et Th. Cooper.

Hunter, Jonhston et Walther considérèrent la fièvre puerpérale comme une inflammation du péritoine; d'autres, Hulme (4) et Leake (5), comme une inflammation de l'intestin et de l'épiploon.

En France la doctrine de la péritonite fut remarqua-

(1) Histoire naturelle des maladies épidémiques ; Paris, 1835.

(2) Mémoire sur la maladie qui a attaqué en différents temps les femmes en couches à Paris ; Paris, 1782.

(3) Mémoire sur la fièvre à laquelle on donne le nom de fièvre puerpérale ; Paris, 1791.

(4) A treatise on the puerperal fever ; London, 1792.

(5) Practical Observations on the Childbed fever ; London, 1772.

blement défendue par Gasc (1) en 1802. Elle fut adoptée par Broussais (2), Gardien (3), Laënnec (4), Bichat et Baudelocque (5). Elle fut combattue par Tonnelé (6), Dance (7) et Duplay (8) qui lui substituèrent celle de la phlébite et de la lymphangite utérine.

Dans le milieu de notre siècle, nous voyons M. Helm (9) et M. Tardieu (10) nier l'existence d'une fièvre puerpérale et n'admettre que des péritonites, des métrites et des phlébites, maladies locales modifiées par l'état puerpéral. Cette opinion, qui est celle des localisateurs, est depuis quelques années en partie adoptée par M. Jacquemier (11) qui ne répudie pas complétement l'idée d'une fièvre essentielle; elle est acceptée sans réserves par MM. Pajot et Hervieux qui croient à l'existence d'un miasme puerpéral produisant tantôt des péritonites, tantôt des phlébites, tantôt des pleurésies; ces maladies diverses tiendraient aux différences des séries morbides; ce seraient des espèces distinctes n'ayant entre elles de commun que l'état puerpéral du sujet qu'elles atteignent. M. Béhier, dans d'éloquentes leçons faites à l'hôpital de la Pitié, démontre la fréquence de la phlé-

(1) Dissertation sur les maladies des femmes en couches; Paris, 1802.

(2) Histoire des phlegmasies chroniques.

(3) Traité d'accouchements; Paris, 1824.

(4) Journal de Corvisart, t. IV.

(5) Péritonite puerpérale; Paris, 1830.

(6) Des fièvres puerpérales observées à la Maternité de Paris (*Archives gén. de méd.*, 1830).

(7) Phlébite utérine et phlébite en général (*Archives gén. de méd.*, 1828).

(8) De la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus après l'accouchement; Paris, 1836.

(9) Traité sur les maladies puerpérales; Paris, 1840.

(10) Observations sur les différentes formes des affections puerpérales; Paris, 1841.

(11) Traité d'accouchements.

bite utérine suppurée, et enseigne les moyens de trouver une lésion, qui échappe facilement aux recherches anatomiques les plus minutieuses, quand on n'en connaît pas le véritable siége (1). Plus récemment encore, M. Berne (2), se déclarant un localisateur complet, insiste sur la diversité des lésions des maladies puerpérales, il signale la diphthérite vaginale et la gangrène de la vulve, décrites pour la première fois dans la thèse inaugurale de M. Chavanne.

D'un autre côté, un grand nombre d'auteurs arrivent, quant à la nature de la maladie, à des conclusions opposées : MM. Robert Lee (3), Voillemier (4), Lasserre (5), Bourdon (6), Moreau (7), Bidault et Arnoult (8), Bouchut (9), Monneret (10), Tarnier (11), Bouchacourt et Delore considèrent la fièvre puerpérale comme une maladie essentielle, une affection générale primitive, d'où procèdent d'innombrables variétés de lésions anatomiques secondaires qui ont toutes un caractère commun, la suppuration.

En 1858, une mémorable discussion soulevée par

(1) Béhier, Leçons cliniques faites à la Pitié; Paris, 1864.

(2) De la Nature de la fièvre puerpérale (*Journal de médecine de Lyon*, 1866).

(3) Researches on the most important diseases of women; London, 1833.

(4) Histoire de la fièvre puerpérale (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1839).

(5) Recherches cliniques sur la fièvre puerpérale ; Paris, 1842.

(6) Notice sur la fièvre puerpérale (*Revue médicale*, 1841).

(7) Recherches sur la fièvre puerpérale épidémique; Paris, 1844.

(8) Note sur une épidémie de fièvre puerpérale ; Paris, 1845.

(9) Étude sur la fièvre puerpérale (*Gazette médicale*, 1844).

(10) *Compendium de médecine :* fièvre puerpérale; *Pathologie générale et pathologie interne.*

(11) Fièvre puerpérale ; Paris, 1858.

M. Guérard, s'engagea à l'Académie de médecine sur cet important sujet. MM. Paul Dubois, Danyau et Depaul, partisans de l'essentialité, admirent la fièvre puerpérale comme une entité morbide, analogue aux pyrexies proprement dites.

MM. Bouillaud, Cazeaux, Beau, défenseurs de la localisation, n'admirent que des phlegmasies dans l'état puerpéral; M. Beau supposa chez la nouvelle accouchée la préexistence d'une diathèse inflammatoire.

MM. Velpeau, Hervez de Chégoin et Guérin, virent dans l'absorption du pus et des détritus placentaires de la cavité utérine, la seule cause de la maladie en discussion. Pour eux, point de fièvre puerpérale, mais seulement des infections purulentes et des infections putrides puerpérales. M. Cruveilhier crut que l'on avait décrit sous le nom de fièvre puerpérale plusieurs maladies très-différentes. Pour lui, c'est tantôt une fièvre traumatique simple, due aux secousses de l'accouchement, analogue au mouvement fébrile qui suit les opérations chirurgicales. Tantôt c'est une fièvre, qui, sous l'influence de l'encombrement, de la misère, des mauvaises conditions hygiéniques et des miasmes putrides, devient un véritable typhus. Le professeur d'anatomie pathologique attribua à ce typhus puerpéral une lésion constante, la phlébite et plus souvent la lymphangite utérine dont il a fait représenter trois types dans son grand ouvrage d'anatomie pathologique avec planches.

M. Piorry n'admettant aucune maladie ne pouvait accepter la fièvre puerpérale; pour lui, il n'y a que des lésions des états organopathiques divers, auxquels il a donné des noms, que tous les médecins n'ont pas encore acceptés.

Trousseau, profitant de l'occasion pour développer sa théorie de la spécificité, admit l'existence d'une affection générale spécifique, s'étendant aussi sur le fœtus, le nouveau-né, tous les blessés en général, tous les hommes enfin. Il ne vit aucune différence entre la fièvre puerpérale, l'infection purulente, et l'érysipèle épidémique, qu'il considéra comme des manifestations différentes de la même cause spécifique. En résumé, deux doctrines étaient en présence : celle des essentialistes ou ontologistes, et celle des localisateurs ou anatomistes. La même division persiste encore aujourd'hui dans le monde savant.

Les localisateurs s'appuient sur la constance et la variété des lésions anatomiques, sur la manifestation primitive des symptômes locaux, qui précèdent toujours, disent-ils, les symptômes généraux. M. Béhier insiste particulièrement sur une douleur de la fosse iliaque, que l'on peut constater avant l'apparition du frisson, si l'on sait bien la chercher. Quelque autorité qu'aura toujours pour moi l'opinion d'un professeur aussi consciencieux et aussi indépendant que M. Béhier, je ne puis accepter son dire sur le début de la fièvre puerpérale. On peut toujours, chez une nouvelle accouchée, avec un peu de bonne volonté, grâce à la contusion des organes pelviens, trouver un peu d'endolorissement et de gonflement dans les fosses iliaques. Mais il y a loin de là à un véritable cordon induré dû à une phlébite des veines ovariennes. Ce cordon induré, je l'ai trouvé et palpé moi-même bien souvent, mais je n'ai jamais pu le constater avant les symptômes généraux. Aussi me sera-t-il impossible, dans la suite de cette discussion, d'admettre, comme le professeur de la Pitié, la préexistence

des lésions locales et d'appeler avec lui, frisson terminal, ce violent tremblement qui marque le début de la fièvre puerpérale. Mes observations ont été faites avec un esprit averti d'avance par la lecture des ouvrages de M. Béhier; autant que possible, j'ai évité les causes d'erreur qu'il signale, et ce n'est qu'à regret que je me sépare d'une doctrine développée d'une manière si brillante et si séduisante dans les lettres à Trousseau et les leçons cliniques (1).

J'ai, à diverses reprises, palpé très-soigneusement, avec mon chef de service, M. Delore, les organes pelviens d'une femme accouchée la veille, et accusant déjà de la céphalalgie et un peu de fièvre; à l'examen le plus minutieux on ne trouvait rien. Quelques heures plus tard survenait le frisson initial, et le lendemain nous trouvions l'induration douloureuse des veines utéro-ovariennes. On dira peut-être que M. Delore et moi, nous n'avons pas su chercher; mais, si nous nous sommes trompés, il faudra admettre que d'autres, et des plus grands maîtres, s'y sont aussi laissé prendre : « Plusieurs fois, dit M. Voillemier, nous avons vu M. Dubois, au moment de la visite, examiner une accouchée avec le plus grand soin, interroger tous les organes, sans rencontrer le moindre symptôme pathologique, et sa visite n'était pas encore terminée, qu'il était obligé de revoir cette même malade qui venait d'être prise d'un violent frisson; puis survenaient tous les autres symptômes d'une fièvre puerpérale, qu'une demi-heure avant rien ne permettait de soupçonner » (2).

(1) Béhier, Lettres à M. le professeur Trousseau (*Union médicale*, 1858; Leçons cliniques faites à la Pitié; Paris, 1868).

(2) Voillemier, Journ. des connaissances médico-chirurg., 1839, *loc. cit.*

Les localisateurs se font un argument, les uns de la variété des lésions anatomiques, les autres de la constance de la phlébite utérine. Ce n'est cependant pas d'aujourd'hui que l'on sait combien de variétés de formes peut prendre la même maladie ; les phénomènes locaux, l'anatomie pathologique présentent, il est vrai, quelques différences ; mais ce ne sont que des variétés dans une même espèce, l'ensemble des symptômes généraux est toujours le même, le même cadre doit les réunir.

On repousse les observations de fièvres puerpérales sans lésions, M. Béhier affirme la constance de la phlébite utérine : sur 145 autopsies, il a 141 fois trouvé du pus dans les veines de l'utérus. Si on n'a pas trouvé la lésion, dit-il aux essentialistes, c'est qu'on n'a pas su la chercher dans ce tissu très-vasculaire du col ou de l'isthme cervico-utérin. Je le crois très-volontiers ; mes observations me rapprochent ici du professeur de la Pitié : sur 36 autopsies de fièvres puerpérales que j'ai pratiquées, j'ai trouvé 34 fois du pus dans les veines ou les lymphatiques de l'utérus. Mais cette lésion uniforme et presque constante est-elle une preuve à l'appui de l'école anatomique ? je ne le pense pas. Nous ne sommes plus au temps où l'on croyait que la variole était une inflammation pustuleuse de la peau, et la fièvre typhoïde une gastro-entérite folliculeuse. Ce sont là cependant des localisations constantes, mais elles n'en sont pas moins secondaires.

L'existence du pus dans les sinus n'est pas du tout une raison pour admettre une inflammation locale primitive, car pourquoi cette suppuration ? d'où vient-elle ? d'où vient d'abord l'inflammation antécédente ? Il y a deux choses : inflammation non traumatique, puis suppuration.

Je vais immédiatement en donner la preuve. J'ai dit plus haut que j'avais trouvé 34 fois du pus dans les sinus utérins, sur 36 autopsies, et, pour le dire en passant, bien des fois je n'ai pu le trouver que dans de très-petites veines du col, où il aurait certainement échappé à mes recherches, si les travaux de M. Rouget sur les organes érectiles de la femme (1), et les leçons de M. Béhier ne m'avaient enseigné à diriger convenablement mes investigations. Les deux cas où l'on n'a pas trouvé de pus étaient des fièvres puerpérales tellement rapides, que je les appellerais volontiers des fièvres puerpérales foudroyantes. J'en rapporte ici les observations, elles sont une preuve solide à l'appui de la doctrine de l'essentialité.

OBSERVATION VII.

Fièvre puerpérale foudroyante. — Frisson initial violent. — Mort. — Lésions anatomiques insignifiantes.

Elisabeth Combrait, 35 ans, femme légère, d'une constitution affaiblie et d'un tempérament altéré, est amenée à la Charité avec son enfant nouveau-né, le 9 juin 1867. Elle a déjà eu des accouchements, l'un à 27 ans, l'autre à 30 ans.

La grossesse a été pénible, difficile, sans maladies bien caractérisées. Les règles ont fait leur dernière apparition le 1er septembre 1866.

Cette femme a été subitement prise des douleurs de l'enfantement dans la journée du 9 juin, vers les dix heures du matin ; elle ne put s'en aller chez elle, resta plusieurs heures étendue sur l'herbe, et accoucha toute seule en plein air. Ce ne fut qu'environ un quart d'heure après sa délivrance que quelques soldats vinrent à son aide et la transportèrent, avec son enfant, à l'hospice de la Charité.

La nuit qui suivit l'accouchement fut bonne, le sommeil tranquille. A la visite du lundi, le pouls était à 100, le ventre souple, l'utérus et ses annexes indolores, le fond de la matrice était à deux

(1) Rouget, Journal de physiologie, t. I.

travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Lochies rouges, normales. De temps en temps quelques tranchées qui n'avaient rien que de très-normal chez une multipare.

A huit heures du matin, on découvre un peu la malade pour examiner les organes génitaux et la surface cutanée au point de vue de la syphilis. La température de la salle était un peu fraîche, les fenêtres étaient ouvertes, et les courants d'air s'y croisaient dans tous les sens. La malade éprouve aussitôt une vive sensation de froid; elle a beau se recouvrir et s'envelopper, elle ne peut complétement se réchauffer; dix minutes après, cette sensation de froid se change en un violent frisson, accompagné d'un claquement de dents et d'un tremblement de membres tel que le lit tout entier en est agité. Le ventre reste souple et indolent, les annexes de l'utérus ne présentent encore aucun gonflement; la perte, encore assez abondante, redouble en devenant plus rouge. Le pouls faiblit et se serre; de 100 pulsations, il monte immédiatement à 130. Le frisson dure environ vingt minutes avec toute sa violence, il est suivi d'une réaction d'environ deux heures, la sueur est considérable. Le reste de la journée est troublé par des alternatives de frissons et de chaleur. — Prescription : tis. till. et thé, 20 gr. de rhum, pot. 20 gr. liqueur de la Chartreuse.

Le soir, à quatre heures, la malade prend un point douloureux sur le côté droit de la poitrine; l'auscultation et la percussion ne trouvent rien d'anormal. L'utérus commence à être douloureux à la pression. Aucune fluxion laiteuse. Pouls, 130; peau chaude. Les frissons cessent pour ne plus revenir.

Le 11 juin, à deux heures du matin, délire violent, très-agité. Pouls, 140, très-dépressible. L'utérus, toute la région sous-ombilicale de l'abdomen, et les fosses iliaques sont devenues excessiment douloureuses à la palpation. Vives douleurs lancinantes dans les lombes. Le fond de l'utérus est resté à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Perte moindre que la veille.

A quatre heures du matin, les extrémités sont froides et le pouls insensible, la malade est dans un état de subdelirium dont on ne peut plus la tirer : à chaque question elle répond que la terre tourne. Lochies complétement supprimées. Palpation utérine impossible à cause de la douleur. Mort à sept heures du matin, vingt-trois heures après le frisson initial.

Autopsie le lendemain 12 juin, trente-six heures après la mort. La putréfaction est à peine commencée. Rien d'anormal dans la poitrine; le poumon et la plèvre n'ont aucune altération au niveau du

point de côté qui s'était fait sentir la veille de la mort. Le péritoine est sain et lisse, il ne contient aucun épanchement anormal. Les intestins sont un peu météorisés, mais nullement injectés. L'utérus est à peine revenu sur lui-même ; il est mou, très-flasque et a conservé sur son fond l'empreinte des anses intestinales. Son parenchyme est infiltré, il a presque un aspect gélatineux; les annexes présentent elles-mêmes un gonflement séreux très-considérable.

La cavité utérine présente un enduit crémeux de pus et de sang mélangés. Quelques caillots sur la plaie de l'insertion placentaire.

Les parois utérines sont très-minces ; on voit que l'organe s'est à peine contracté pour revenir sur lui-même. Elles sont infiltrées, s'affaissent après la section et cachent les ouvertures des sinus. Ces canaux veineux sont vides et complétement sains dans toute la partie supérieure du corps de l'utérus; on coupe tout le parenchyme en tranches excessivement ténues, sans pouvoir rencontrer du pus dans son épaisseur, ce n'est que dans le segment inférieur qu'on rencontre quelques veines semblant altérées et contenant du sang coagulé. Nulle part, ni dans le tissu utérin, ni dans les veines du bassin, on ne trouve les traces d'une phlébite suppurée.

Aucun abcès dans le foie, un peu d'hyperémie dans les enveloppes cérébrales.

Le sang est noir, poisseux, ne s'est presque pas coagulé dans les cavités du cœur. Examiné au microscope, il présente une notable augmentation du nombre de leucocytes qui se trouvent environ dans un rapport de 1 à 80 avec les hématies.

OBSERVATION VII (*bis*).

Fièvre puerpérale foudroyante. — Frisson initial très-violent. — Mort. — Lésions cadavériques presque nulles.

Françoise Bachet, 30 ans, multipare, habituellement réglée toutes les trois semaines, a eu sa dernière menstruation le 16 octobre 1866. Quelques vomissements pendant le mois de novembre; la suite de la gestation n'a présenté aucun accident. Les douleurs commencèrent le 18 juillet 1867, à cinq heures du matin, et l'accouchement se termina à trois heures de l'après-midi après une durée de dix heures. La parturiente entra à l'hospice pendant le travail. Immédiatement après la sortie du fœtus, frisson partiel dans les jambes, une sueur légère le suivit, et la malade dormit un moment.

A cinq heures. Pouls, 80. Ventre souple; l'utérus et ses annexes sont indolores et ne présentent aucun gonflement. Le fond de la matrice est au niveau de l'ombilic. Quelques tiraillements dans les lombes depuis l'accouchement.

A huit heures du soir, point douloureux très-violent au niveau de l'hypochondre droit; céphalalgie, fièvre.

A neuf heures. Un frisson d'une très-grande intensité. Pouls, 130. Réaction considérable et sueur excessive. Les lochies se suppriment. Prescription : 2 gr. sulf. de quinine; pot. vin d'Espagne, sirop diacode, sirop d'œillet; tisane till. et thé, 20 gr. de rhum.

A minuit survient un ballonnement rapide du ventre et une douleur atroce de tout l'abdomen. Agitation excessive.

19 juillet. A sept heures du matin, facies grippé; pouls, 140, filiforme, presque imperceptible. La douleur est telle, que la palpation de l'abdomen est impossible. La malade pousse des cris aigus continuels. Le ballonnement de l'abdomen augmente rapidement. Pas de vomissements. Le frisson n'a pas reparu.

A midi. Collapsus, respiration stertoreuse, extrémités froides.

Mort à quatre heures.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. Injection très-vive des méninges, des veines cérébrales, épanchement séreux dans les ventricules cérébraux.

Poumons sains. Aucun caillot dans le cœur.

Péritoine lisse et intact; aucun épanchement extraordinaire ou puriforme dans sa cavité. Les intestins sont météorisés, mais ne présentent pas d'arborisations vasculaires anormales. Le foie et la rate ne contiennent aucun abcès.

Utérus distendu, nullement revenu sur lui-même, flasque, infiltré, comme gélatineux. Il conserve l'impression des anses intestinales; la fluxion séreuse a envahi tous les organes du petit bassin. La cavité utérine contient un mélange de pus et de sang; aucun caillot sur la plaie de l'insertion placentaire. Les sinus utérins et les veines du bassin ne contiennent ni pus ni sang coagulé. Les recherches les plus minutieuses continuées une heure et demie, et soigneusement faites par plusieurs personnes, ne trouvent aucune phlébite suppurée, ni dans le tissu du corps utérin, ni dans celui du col.

Le sang est noir, poisseux, nullement coagulé, visiblement altéré.

Au microscope, le rapport des leucocytes aux hématies est environ de 1 à 100.

Loin de moi la pensée de présenter ces deux observations comme des fièvres puerpérales sans lésions. Le sang fluide et poisseux, la leucocytose exagérée plus qu'à l'ordinaire dans l'état puerpéral, l'œdème inflammatoire des organes du petit bassin, indiquent dans les deux cas un empoisonnement général primitif et une fluxion locale secondaire commençante. Dans la première observation, les caillots trouvés dans les veines utérines indiquaient une phlébite commencée ; la localisation était évidente, mais le pus n'avait pas encore eu le temps de se former. Dans la seconde, où la mort a été encore plus soudaine, on n'a même pas pu trouver de caillots. Je compare ces deux faits aux cas de mort qui surviennent pendant les prodromes de la fièvre typhoïde ou de la variole, avant que les éruptions aient pu se confirmer. Nul doute que si la mort eût été moins rapide, on n'eût trouvé la phlébite utérine confirmee et suppurée, que je considère comme la lésion caractéristique, la signature anatomique de la fièvre puerpérale.

Que penser de l'absorption des détritus placentaires et du pus de la face interne de l'utérus ?

La doctrine de la résorption purulente a fait son temps. On ne peut plus aujourd'hui soutenir la présence du pus dans le sang. Nous verrons du reste plus loin que l'infection purulente avec ses abcès métastatiques sont rares dans les suites de couches. Nous ferons seulement observer ici que, si la phlébite était causée par l'entrée des matières putrides dans les veines, c'est surtout au niveau de la plaie placentaire qu'on devrait la rencontrer. Or, dans les autopsies de M. Béhier, dans celles que j'ai pratiquées, c'est surtout dans le col utérin que se trouvent les veines gorgées de pus ; les sinus

ne sont pas toujours atteints au niveau de l'insertion placentaire.

L'infection putride peut aussi bien que l'infection purulente survenir comme complication de la fièvre puerpérale, elle se développe alors quand un phlegmon a suppuré, que l'air a pénétré dans l'abcès et provoqué l'altération du pus. Elle peut encore se présenter en dehors de la fièvre puerpérale, elle commence alors dans le cinquième ou le sizième jour de l'accouchement, elle est causée par la putréfaction intra-utérine des débris placentaires ou de quelques caillots sanguins. Mais peut-on, avec M. Hervez de Chégoin, lui donner le nom de fièvre puerpérale putride ? Rien, ni les symptômes, ni les lésions anatomiques, ne peut faire rapprocher, encore moins confondre, l'infection putride et la fièvre puerpérale. J'ai pratiqué deux autopsies de femmes mortes des suites d'une infection putride, je n'ai pas cru pouvoir les comprendre dans la statistique des fièvres puerpérales. Nous verrons, du reste, plus loin, quels sont les symptômes de l'infection putride, et comment celui qui nous occupe plus spécialement, le frisson, servira à la distinguer de la fièvre puerpérale.

Je ne crois pas que l'on puisse assimiler la fièvre puerpérale à l'infection purulente avec plus de raison qu'à l'infection putride. Je ne nie pas du tout l'infection purulente puerpérale, mais elle a de tout autres symptômes. Elle est quelque fois primitive; d'autres fois elle survient comme complication de la phlébite utérine dans la fièvre puerpérale ; mais cela est rare. M. Tarnier signale à bon droit le peu de fréquence des abcès métastatiques dans ses autopsies (1). Sur mes 34

(1) Tarnier, De la fièvre puerpérale observée à la Maternité de Paris ; Paris, 1858.

autopsies de fièvres puerpérales avec phlébites, je n'ai rencontré que 3 cas où les symptômes et les lésions cadavériques pouvaient rappeler l'infection purulente : on trouvait des épanchements de pus dans les articulations et les cavités pleurales. Jamais je n'ai rencontré d'abcès métastatiques. J'aurai plus loin à revenir sur l'infection purulente, je dois cependant faire remarquer immédiatement que la même spécificité ne peut, comme le veut Trousseau, s'étendre à la fois à la pyrexie des femmes en couche et à la pychémie des blessés. Les deux maladies sont distinctes et spécifiques chacune de leur côté. Le frisson nous servira plus tard à les différencier au point de vue des symptômes.

Avant la discussion de l'Académie, on avait déjà parlé de la fréquence des épidémies d'érysipèles traumatiques dans les salles de chirurgie, quand la fièvre puerpérale sévissait dans les hôpitaux d'accouchements. Cette coïncidence prouve que ces épidémies surviennent sous des influences atmosphériques semblables, mais elle ne prouve pas que les deux maladies proviennent d'un même agent infectieux et contagieux; et que si, par exemple, la contagion s'exerce entre un blessé atteint d'érysipèle ou de pyohémie et une accouchée, elle donnera lieu au développement de la fièvre puerpérale. Je dis comme Trousseau : spécificité, mais je restreins cette spécificité à la fièvre puerpérale. Une particularité curieuse des hôpitaux de Lyon suffirait à en donner la preuve : on a établi à l'Hôtel-Dieu, pour les femmes mariées, une petite maternité de 36 lits, dans des conditions hygiéniques en apparence très-défavorables. La salle est mal aérée, le plafond en est peu élevé, les lits sont presque toujours tous occupés, les femmes sont couchées

avec leurs enfants, le défaut d'espace ne permet pas d'installer des berceaux; d'immenses salles de chirurgie, s'ouvrant sur le même escalier, occupent le même étage et l'étage inférieur. A l'hospice de la Charité, au contraire, les salles de la maternité sont très-éloignées et tout à fait indépendantes des corps de bâtiments occupés par les blessés, elles sont établies dans d'excellentes conditions d'hygiène et d'aération, elles sont blanchies à la chaux tous les printemps, les nouveau-nés n'y séjournent pas, et il n'y a jamais d'encombrement. Eh bien, chose étrange, tandis que la fièvre puerpérale est excessivement rare à l'Hôtel-Dieu, et que c'est à peine si l'on en peut constater deux ou trois cas sporadiques à plusieurs années de distance, les épidémies sévissent presque tous les étés à l'hospice de la Charité.

En 1867, par exemple, aucune complication des suites de couches n'est survenue à l'Hôtel-Dieu, où une épidémie d'érysipèles régnait pourtant dans des salles de chirurgie très-voisines de la maternité, tandis qu'à la Charité 55 cas de fièvre puerpérale ont été constatés, et 40 femmes ont succombé aux atteintes du fléau. Le corps médical des hôpitaux a depuis longtemps remarqué cette singulière immunité de la salle des femmes en couche de l'Hôtel-Dieu, il n'a pas encore pu en donner une explication satisfaisante. Je n'ai pas l'intention d'en chercher une, je veux seulement démontrer que le voisinage des blessés n'est pas si dangereux qu'on le croit, pour les accouchées, et que cette spécificité, que Trousseau a soutenue avec tant d'éloquence, n'est pas admissible.

Une foule de raisons prouve au contraire l'essentialité et la spécificité de la fièvre puerpérale.

La nature épidémique de l'affection est déjà, comme le fait à bon droit remarquer M. Depaul, une forte présomption en faveur de son essentialité. On ne voit pas du tout comment un agent miasmatique produirait ici une métrite, là une phlébite, plus loin une péritonite, s'il n'y avait pas un état général tenant toutes ces lésions sous sa dépendance; et on ne peut pas comprendre une épidémie de maladies locales diverses telles que les décrit l'école anatomique. Tout dans la fièvre puerpérale rappelle les grandes pyrexies, le typhus, la peste et le choléra, comme ces grandes affections, elle est épidémique et contagieuse (1). Or en histoire naturelle ce qui constitue et détermine une espèce, c'est la filiation des caractères; quand un être se reproduit indéfiniment avec quelques caractères constants, il constitue une espèce; si, par la suite, les individus diffèrent par quelques nuances légères, ce sont des variétés qui ne sont pas stables, ces nuances disparaissent, et au bout de quelques générations, le type primitif de l'espèce est rétabli. La fièvre puerpérale est une espèce; les différentes formes : formes foudroyante, péritonite, ovarite, etc., sont des variétés de l'espèce.

On pourra répondre que les maladies locales sont quelquefois contagieuses, cela est vrai, mais elles ne

(1) Il serait hors de mon sujet de démontrer la contagiosité de la fièvre puerpérale. Une conviction profonde a été imposée à mon esprit à cet égard, par la seule observation de quelques faits, durant l'épidémie de 1867 à la Charité. Si quelques accoucheurs conservaient encore des doutes, on ne saurait trop leur recommander de lire et de méditer les discours de MM. Dubois, Depaul et Danyau à l'Académie de médecine (1858), la thèse de M. Tarnier (1858), l'ouvrage de M. Lefort sur les *maternités*, et le discours de M. Delore sur l'*hygiène des maternités*. On évitera bien des malheurs en prenant les précautions que ces auteurs recommandent.

sont pas transmissibles de la même façon : l'ophthalmie purulente, le chancre simple exigent pour se reproduire l'application directe du globule purulent transporté sur une muqueuse ou sur une plaie par la lancette, ou par les poussières atmosphériques ; l'effet produit est d'abord tout à fait local. Nous ne savons pas encore où réside le principe contagieux de la fièvre puerpérale, il est peut-être dans les lochies, peut-être dans les déjections comme le principe contagieux du choléra, mais il n'agit pas localement comme le globule purulent du chancre simple. L'agent infectieux pénètre dans l'économie probablement par les voies respiratoires, comme M. Hervieux, un localisateur, est obligé de l'admettre (1), et l'un de ses premiers effets est une altération des liquides et surtout du sang. Serait-il raisonnable de penser qu'un agent morbifère entré dans l'organisme par l'absorption pulmonaire, irait produire une maladie locale de l'utérus, sans influencer d'abord l'état général? Cela n'est pas discutable.

Je suis donc intimement convaincu de la nature essentielle de la maladie, et j'accepte la doctrine qui la fait consister dans une altération primitive du sang se développant sous l'influence d'un agent miasmatique contagieux appelé miasme puerpéral. Cette opinion, comme le fait très-judicieusement observer M. Depaul, se rencontre surtout parmi les médecins qui se livrent spécialement à la pratique des accouchements. J'aimerais mieux, comme le savant professeur de clinique obstétricale, voir adopter l'expression de *typhus puerpéral*, de *septicémie puerpérale*. Mais l'expression de fièvre puerpé-

(1) Hervieux, Péritonite puerpérale (*Gazette des hôpitaux*, 14 mai 1867).

rale est consacrée par l'usage, on ne peut pas la changer, on doit seulement bien la définir, pour éviter toute confusion.

J'entends donc par le mot de fièvre puerpérale une affection générale, essentielle, spécifique, épidémique et contagieuse, pouvant se développer dans les derniers jours de la grossesse, pendant le travail de la parturition ou la première semaine des suites de couches. Elle est caractérisée par des troubles toujours à peu près semblables de la plupart des fonctions ; elle a une marche très-rapide, une terminaison très-souvent funeste, et s'accompagne de lésions cadavériques secondaires très-diverses, mais elle a pour principal caractère anatomique une phlébite des veines du col utérin.

On voit que tout en faisant de la fièvre puerpérale une affection *totius substantiæ* je n'entends pas du tout en faire une maladie *sine materia*. La lésion constante est la phlébite ; les autres lésions variables, plus ou moins fréquentes, ne sont que des complications, c'est l'angioleucite, la métro-péritonite, l'ovarite, les épanchements pleurétiques, les abcès métastatiques, etc., elles correspondent aux différentes formes que l'on décrit dans l'étude des symptômes. L'analogie avec les pyrexies se complète encore : la fièvre typhoïde, avec sa localisation sur les plaques de Peyer, n'a-t-elle pas aussi des lésions plus secondaires, les pneumonies, les péritonites sans perforation, etc.? M. Tarnier, faisant appel aux sciences vétérinaires, compare la fièvre puerpérale à la pneumonie épizootique qui se caractérise à l'autopsie par des modifications du sang et une lésion constante, toujours la même, des poumons.

« Chose remarquable, dit-il, et qui frappera tout le

monde par l'analogie que la pneumonie épizootique présente avec ce que nous savons de la fièvre puerpérale, les veaux contenus dans l'utérus, quand on abat les vaches, présentent les mêmes lésions pulmonaires que leurs mères, de même que les fœtus humains présentent les lésions de la fièvre puerpérale ; enfin, pour rendre la comparaison plus parfaite, les veaux qui viennent de naître sont sujets, comme les vaches, à périr de pneumonie épizootique, de même que les enfants nouveau-nés périssent de fièvre puerpérale » (1).

Comprendrons-nous maintenant sous le nom de fièvre puerpérale tous les accidents fébriles qui surviennent chez les nouvelles accouchées ? Evidemment non ; notre définition ne nous le permet pas ; fièvre puerpérale serait synonyme de typhus puerpéral si cette expression existait. En cherchant à préciser la nature et l'idée qu'on doit se faire de la fièvre puerpérale, le professeur Scanzoni ne réserve cette dénomination qu'aux maladies dont le critérium pendant la vie ou après la mort est dans un état morbide du sang, cela ne suffit pas, nous y ajouterons la phlébite utérine. Si l'on ne s'en tient pas à une définition précise, l'idée de fièvre puerpérale n'est plus claire, et, dans un grand nombre de cas, on ne pourra décider si la maladie de la femme en couche est réellement une fièvre puerpérale ou si elle est une maladie fébrile de l'état puerpéral, comme la fièvre qui accompagnerait une péritonite due à une rupture de l'utérus pendant un accouchement laborieux.

Quelle place assigner aux états fébriles légers s'accompagnant de quelques troubles du côté de l'utérus et de

(1) Tarnier. De la Fièvre puerpérale, p. 135; Paris, 1858.

ses annexes? Il est possible que dans certains cas ils ne reconnaissent qu'une origine traumatique. Cependant une circonstance m'a particulièrement frappé, c'est qu'ils sont incomparablement plus fréquents dans les hôpitaux et pendant les temps d'épidémies. Aussi je crois qu'ils sont dus au passage dans l'organisme du miasme puerpéral ; le virus peut donner lieu à des accidents qui ont une échelle de puissance variable depuis ces simples troubles fébriles jusqu'au typhus puerpéral foudroyant. Ne sait-on pas d'ailleurs que les virus, après avoir signalé leur entrée dans l'économie par quelques troubles, peuvent être éliminés, avant d'avoir accompli leur entière évolution, et que d'autres fois ils rencontrent des organismes qui leur sont complétement réfractaires? Le terrain sur lequel ils se développent les influences atmosphériques, toutes les circonstances extérieures, modifient les allures et le mode de développement des agents spécifiques, comme dans la nature en général, elles produisent les variétés dans l'espèce.

«Si la femme, dit M. Pidoux, est dans des conditions hygiéniques capables d'exercer une influence délétère sur toute l'économie, comme le font la misère, les chagrins et surtout les milieux viciés par des émanations malsaines, les maladies puerpérales prennent plus facilement le caractère des pyrexies d'une gravité variable avec ou sans suppurations disséminées. Ces pyrexies seront d'autant plus malignes et d'autant plus nerveuses que les conditions préexistantes seront plus délétères.

Que celles-ci, une condition épidémique s'y ajoutant, acquièrent toute l'intensité possible, et le typhus sera foudroyant. C'est alors qu'on aura peut-être l'occasion d'observer de ces cas tellement rapides, que la mort

surprend avant le développement possible d'aucune lésion ramassée en un point et *anatomisable;* mais, c'est alors aussi que si la moindre lésion a le temps d'exister, c'est dans l'utérus et ses anexes qu'on la trouve, quand toutefois cet organe n'est pas frappé d'un ramollissement et d'une tendance à la dissolution, à un commencement de gangrène qu'on nomme putrescence de l'utérus et que j'ai eu l'occasion de voir plusieurs fois. Retournez ces conditions et supposez-les saines ; c'est une femme bien portante qui accouche en ville ou à la campagne, en dehors de toute épidémie grave ; si par des raisons quelconques, elle est affectée de maladie puerpérale, celle-ci prendra bien plutôt la tournure des phegmasies que des pyrexies ; et plus la femme et les conditions dans lesquelles elle se trouve seront salubres, plus les phlegmasies seront saines, franches et circonscrites aux organes pelviens. Placez-la dans des conditions intermédiaires, comme par exemple celles de nos hôpitaux, hors les temps d'épidémie, avec toutefois un certain degré d'encombrement et d'infection nosocomiale, et vous verrez se dérouler sous vos yeux la série des maladies puerpérales les plus communes dans nos cliniques, les fébri-phlegmasies, affections aiguës qui tiennent le milieu entre les pyrexies décidées et les phlegmasies primitives » (1).

Je n'hésite nullement à voir une fièvre puerpérale bénigne dans les fébri-phlegmasies dont parle M. Pidoux. Mais personne ne pourrait raisonnablement soutenir que toutes les phlegmasies fébriles des femmes en

(1) Pidoux, Union médicale, 1858 : note sur la fièvre puerpérale à propos de la discussion de l'Académie.

couche dépendent de la fièvre puerpérale, le traumatisme en est dans quelques cas l'unique cause; nous avons déjà cherché à reconnaître cette étiologie par les symptômes, nous y reviendrons encore plus loin.

Les accidents tardifs tels que les phlegmons péri-utérins, la péritonite chronique, la pelvi-péritonite, la phlegmatia alba dolens, ne peuvent pas non plus être attribués à la fièvre puerpérale; nul doute que cette grande pyrexie, avec les fluxions multiples qu'elle occasionne dans toute la sphère génitale, n'y prédispose; mais je n'oserais pas appeler ces inflammations des localisations tardives de la fièvre puerpérale.

§ II. — *Du début de la fièvre puerpérale. Du frisson initial.*

Prodromes.—Le début de la fièvre puerpérale est ordinairement brusque et soudain, les prodromes sont à peine sensibles ou n'existent pas. Quand il y en a, ils sont caractérisés par des nausées, de la céphalalgie, une rougeur irrégulière de la face, plus accusée sur une joue que sur une autre, comme M. Jaccoud l'a observé dans les prodromes de la pneumonie. Ces malaises, qui n'auraient, par eux-mêmes, aucune importance, acquièrent une gravité considérable s'ils coïncident avec une douleur des cornes de l'utérus, et la sensation d'un cordon induré à la palpation des fosses iliaques. Il faut alors se tenir sur ses gardes et d'un moment à l'autre s'attendre à voir éclater le frisson. Le gonflement des annexes de l'utérus n'est pas toujours facile à percevoir. M. Béhier, qui le premier a attiré l'attention sur ce symptôme, nous apprend le moyen de le constater et insiste

sur la gravité du pronostic qu'on en doit déduire. Après avoir parlé de l'indolence de l'utérus et de la souplesse des ligaments larges chez les femmes qui ont des suites de couches régulières, le savant professeur ajoute : « Chez d'autres femmes, au contraire, on trouve, tantôt à droite, tantôt à gauche, et quelquefois des deux côtés, une corde plus ou moins volumineuse, dure, donant la sensation d'un corps gonflé, par-dessus lequel le doigt qui explore de haut en bas saute tout à coup, en quelque sorte. La pression de ce point ainsi tuméfié détermine toujours une douleur variable et d'ordinaire en rapport avec le volume qui peut être assez considérable pour donner la sensation que produirait le doigt annulaire d'un adulte, apprécié à travers les parois abdominales. Ce gonflement douloureux est d'ordinaire plus marqué au point d'insertion des annexes, vers l'angle de l'utérus, mais il peut se continuer jusqu'au niveau de la fosse iliaque et même exister sur un point du trajet de l'annexe explorée sans que rien de semblable se trouve au niveau de son insertion sur le corps de l'utérus. Le dernier fait est cependant plus rare. Ce signe se rencontre chez les femmes qui n'accusent aucune espèce de douleur spontanée et n'ont pas la moindre apparence de fièvre (60 pulsations). Au moment où le doigt explorateur arrive sur le point tuméfié, la femme manifeste par un mouvement brusque la douleur qu'elle éprouve et souvent elle l'accuse en disant : *Ah là! vous me faites mal!* Il n'est pas besoin d'une forte pression pour constater ce signe; on doit même s'interdire toute violence dans cette exploration, qui porte sur des organes faciles à irriter.

Sur 858 femmes accouchées, 311 n'ont présenté au-

cune altération même locale, pendant toute la durée de leurs couches, qui ont été régulières. Les annexes, explorées chaque jour, on été constamment trouvées souples, indolentes, à quelque moment que ce fût, même au sortir de l'accouchement. Chez 475 femmes, je n'ai plus trouvé cette régularité; mais sur ce chiffre, 132 femmes surtout offraient d'une façon très-marquée le signe que j'étudie ici.

...... A ces 132 femmes qui ont présenté un gonflement douloureux très-évident, il convient d'ajouter le chiffre des femmes qui ont succombé depuis le moment où je l'ai constaté, et qui *toutes, sans exception*, ont présenté ce signe local du début. Ce chiffre est de 67, ce qui élève à 199 le nombre des femmes chez lesquelles le gonflément douloureux des annexes a été très-fortement exprimé, et a acquis par conséquent, comme signe pathologique, une valeur non douteuse (1). »

Les conclusions de M. Béhier sont trop exclusives pour être universellement adoptées : sans doute les prodromes existent quelquefois, la douleur locale a été observée avant le frisson, les essentialistes ne peuvent le nier, mais dans le plus grand nombre des cas, il leur a été impossible de la constater.

Sur 55 accouchées, qui ont été atteintes de la fièvre puerpérale à la Maternité de Lyon, pendant les mois de juin, de juillet et d'août 1867, et qui ont toutes été examinées avec le plus grand soin par M. Delore, on n'a pu que dans 10 cas seulement surprendre des prodromes avant le frisson. Encore chez

(1) Béhier, Lettres à M. le professeur Trousseau sur la maladie dite fièvre puerpérale (*Union médicale*, 1858).

ces malades, le gonflement des ligaments larges a-t-il coincidé avec des symptômes généraux.

Le frisson initial de la fièvre puerpérale marque bien l'invasion de l'affection, c'est un des premiers effets de la pénétration du virus dans l'organisme, de son action sur le sang et sur le système nerveux; il est dû quelquefois en même temps à la concentration du sang vers l'abdomen, c'est quand la péritonite survient d'emblée en même temps que la phlébite utérine.

Il est surprenant d'entendre M. Béhier dire dans ses leçons cliniques : « C'est à l'infection purulente terminant une phlébite qu'il faut rapporter le frisson désigné par les partisans de la fièvre puerpérale par l'épithète d'*initial*, et que je nommerai, moi, *terminal;* c'est elle qui cause cet état typhoïde qui rend insensible la douleur abdominale de la péritonite, de même que c'est la venue de la péritonite qui change l'apparence de la face et produit les aggravations générales qu'on rencontre souvent (1). »

Malgré tout mon respect pour les opinions du savant professeur de la Pitié, je ne puis m'expliquer cet état typhoïde, qui s'établit avec le frisson et rend insensible la douleur abdominale ; cette douleur ne se manifeste qu'avec le frisson ou seulement quelques heures plus tard, et c'est deux ou trois jours après le début qu'elle acquiert sa plus grande intensité. M. Béhier est du reste demeuré à peu près seul de son avis ; personne n'a accepté l'épithète de terminal qu'il a donnée au frisson du début de la fièvre puerpérale. L'infection purulente a de tout autres symptômes, nous appren-

(1) Béhier, Leçons cliniques, p. 563.

drons plus tard à les connaître. Il faut, quant à ce frisson, s'en tenir encore aujourd'hui à ce que M. Depaul avançait déjà en 1858 : « Un des phénomènes les plus constants, celui qui semble signaler l'invasion de la maladie, c'est le frisson, ordinairement remarquable par son intensité. Il ne se produit souvent qu'une seule fois, et quand il se répète c'est rarement après les premières 24 ou 36 heures : quelquefois cependant il revient à des intervalles assez réguliers et peut simuler des accès de fièvre intermittente ou rémittente pernicieuse. Cette remarque avait déjà été faite par Osiander qui a décrit une épidémie de fièvre puerpérale intermittente observée par lui en 1781. J'ai eu l'occasion de voir quelques cas de ce genre, mais ces faits sont tout aussi exceptionnels que ceux dans lesquels le frisson fait complétement défaut. » (1).

Intensité et fréquence du frisson initial. — Voyons maintenant quels sont les caractères de ce frisson ; nous examinerons plus loin à propos du diagnostic, s'ils peuvent être considérés comme des symptômes pathognomoniques, pouvant à eux seuls permettre au médecin d'affirmer le début d'une fièvre puerpérale.

Le frisson initial se déclare habituellement pendant la nuit, et d'une manière tellement soudaine que les malades ne peuvent pas elles-mêmes en constater le début ; elles se réveillent effrayées, sentant leurs membres agités d'une convulsion si extraordinaire que tout leur lit en est ébranlé. D'autres fois, c'est au moment où elles viennent d'uriner, qu'elles ressentent, en ren-

(1) Depaul, Académie de médecine, 2 mars 1858.

trant dans leur lit, une sensation de froid à laquelle succéde immédiatement le frisson. Plus rarement le début a lieu dans la journée après l'ingestion d'un verre de tisane, ou après que les malades viennent de faire un mouvement brusque pour se mettre sur leur séant. Dans quelques cas enfin, il est impossible de trouver une cause occasionnelle apréciable.

L'intensité du frisson, sur laquelle insiste avec raison M. Depaul, annonce ordinairement, quand elle est considérable, une péritonite généralisée. Cependant même dans cette circonstance, elle est variable, ce ne sera dans certains cas qu'un frissonnement, qu'un *horror*, ou même qu'une simple sensation de froid. Il y a des différences suivant les épidémies et suivant les séries morbides. On ne peut s'expliquer que de cette façon les dissidences qui séparent, sur des questions de faits, des hommes d'une compétence et d'une autorité si recommandables. Tandis que M. Depaul insiste sur la constance et sur l'intensité du frisson de la fièvre puerpérale grave, le Dr Clarke fait observer : « qu'il lui est bien rarement arrivé de remarquer le frisson, qui marque le début d'un grand nombre de fièvres. S'il y a eu, ajoute-t-il, dans certains cas un certain degré de frisson, cela a été en général si peu de chose qu'il a échappé à la fois à la malade et aux assistants » (1).

Cette assertion de l'auteur anglais a rencontré fort peu de partisans, l'observation clinique d'ailleurs ne la confirme nullement. Le plus habituellement le frisson est intense et s'accompagne de claquements de dents. Il

(1) Clarke, On diseases of women, published by the Sydenham Society, on pregnancy, and labour.

commence par un froid extraordinaire, qui se fait sentir dans le dos et les lombes, et se répand rapidement sur toute la surface du corps, pour être presque immédiatement suivi de la convulsion. Moreau lui attribue une durée de 8 ou 10 minutes, M. Voillemier d'un quart d'heure, et MM. Bidault et Arnoult de 1 heure et demie à 3 heures. Les opinions de ces différents auteurs sont trop exclusives; leurs divergences au besoin suffiraient à le prouver. Toutes ces différences dans la durée se rencontrent, suivant les hôpitaux et suivant les séries morbides; quelquefois pendant la même épidémie, on peut à plusieurs heures de distance les observer par groupes: à une époque donnée, les frissons ont tous telles ou telles allures, sans que rien, dans l'état atmosphérique, ou les circonstances extérieures, puisse rendre compte de ces singuliers changements.

Les malades souffrent beaucoup de la violence du frisson: elles se plaignent du froid, de la céphalalgie et d'une angoisse excessivement pénible; la langue accuse une sensation de froid, comme la peau; la soif est vive; le ventre et tout l'intérieur du corps éprouvent un sentiment de chaleur insupportable. Les traits du visage sont décomposés, comme on dit vulgairement, ils expriment une grande souffrance et une profonde inquiétude. La face est cyanosée, les lèvres bleuâtres et tremblantes, l'œil éteint et excavé. Le froid n'est pas une sensation constante dans les frissons les plus violents, il est quelquefois remplacé par un sentiment de picotements beaucoup plus pénible; il semble aux malheureuses qu'un millier d'épingles pénètre leur corps, sur toute la surface de la peau.

La trépidation musculaire et le claquement des dents

ne s'établissent qu'un instant après la sensation de froid ou de picotements, elles finissent en même temps que l'algidité. Une chaleur le long de la colonne vertébrale annonce la réaction ; cette nouvelle sensation se répand progressivement sur le reste du corps, et arrête le tremblement; elle suit dans son développement la même marche que le froid. Elle s'exagère quelquefois à un degré extraordinaire, et va jusqu'à produire une sensation de cuisson et de brûlure de la peau. Elle dure moins que le frisson, environ une demi-heure ou une heure, et la sueur vient s'y ajouter pour persister indéfiniment.

Le frisson ne se présente pas toujours avec les mêmes caractères : nous avons vu qu'il pouvait se séduire à un *horror* ou un *algor;* d'autres fois, il se localise et ne se fait sentir que dans le dos ou seulement dans les pieds et les jambes. La réaction n'en est pas pour cela moins vive, elle est même quelquefois plus violente que dans le cas étudié plus haut.

Sur les 55 cas de fièvre puerpérale que j'ai observés, le frisson du début a fait complétement défaut, 4 fois seulement; il a été à peine sensible, réduit à une sensation de froid ou à une horripilation dans 7 cas ; les 44 autres malades ont eu un rigor initial avec une trépidation musculaire plus ou moins considérable. Les 4 cas où le frisson initial a fait défaut n'ont pas été les moins graves, 2 avaient commencé par des symptômes cérébraux ; tous ont été suivis de mort.

Chez l'une de ces malades, un frisson a paru dans les derniers jours de la maladie, mais ce n'était plus là le frisson initial.

Je rapporte ici les deux observations où les phénomènes cérébraux ont commencé et dominé la scène patho-

logique : dans un cas c'étaient des manifestations de méningite, dans l'autre, les symptômes ont simulé une apoplexie du cerveau. Ces deux faits ont été recueillis à un moment où la violence de l'épidémie subissait une légère rémission.

OBSERVATION VIII.

Fièvre puerpérale sans frisson initial. — Symptômes ataxo-adynamiques. — Frisson tardif. — Mort. — Autopsie. — Phlébite utérine. — Péritonite.

Louise-Joséphine Brunel, 19 ans, primipare, menstruée régulièment. Premières approches à 17 ans, sans effets sur les règles. Dernière menstruation le 16 octobre 1866.

Entrée à la Charité le 21 juillet 1867 au matin, au moment où les petites douleurs venaient de commencer. Les fortes douleurs s'établissent à onze heures du matin et l'accouchement se termine le 22 juillet à une heure du matin. Délivrance naturelle. Pas de frisson de l'accouchement.

22 juillet au matin. Pouls tranquille, à 80. Aucun malaise général, quelques douleurs de reins insignifiantes. Utérus à deux doigts audessous de l'ombilic, indolent ; annexes souples.

Le soir, à quatre heures, céphalalgie, fièvre. Le pouls monte à 120 ; la malade dit ressentir de temps en temps quelques tranchées violentes. L'utérus est devenu douloureux à la pression ; on perçoit une induration légère du ligament large sur la corne gauche. Lochies sanguines et abondantes.

A cinq heures, un peu de subdelirium. Langue blanc-grisâtre ; pouls, 130. La douleur de l'utérus s'exaspère.

A neuf heures du soir, le délire redouble, il est tranquille, sans grands mouvements désordonnés. Le pouls est devenu presque imperceptible, 140. Le cordon induré du ligament large gauche est devenu plus accusé et plus douloureux. — Prescription : Potion, 2 gr. valérianate de quinine, 0,25 centigr. de musc ; lavement, 4 gr. extrait alcool. de quinquina, 0 gr. 50 centigr. de musc.

Le 23. La malade a quelques rares moments lucides, mais son œil est toujours hagard ; la face est vultueuse. Peau chaude, couverte de sueur. Pouls filiforme, à 150. Utérus et annexes gauches de plus en plus sensibles à la pression. Lochies diminuées, elles deviennent purulentes. Pas de frissons.

Le 24. Même état général. L'utérus est encore plus douloureux; il est situé à deux doigts au-dessous de l'ombilic; il ne revient pas sur lui-même.

Le 25. Le ventre se météorise, il devient douloureux dans toute son étendue. Le délire est remplacé par un état adynamique et un abattement général. Pouls filiforme, 140. Diarrhée depuis hier. La douleur abdominale est telle qu'il devient impossible de palper l'utérus.

Le 26. Le délire recommence; la respiration est anxieuse, le pouls à 150. Cette nuit, pour la première fois, frissons multiples, au nombre de quatre. Le premier a été très-violent, accompagné de claquements de dents, et a duré vingt minutes; les trois autres, survenus à environ une heure de distance les uns des autres, ont été beaucoup plus modérés; ce n'étaient que des horripilations séparées par des intervalles de chaleur. La réaction définitive a été très-violente. Le matin, la peau est couverte de sueur.

Le 28. Coma. Soubresauts de tendons. Pouls imperceptible, presque impossible à compter, 170 environ. Diarrhée involontaire.

Le 29. Mort dans le carus.

Le 30. *Autopsie* 26 heures après la mort.

Un peu de congestion de l'encéphale. Aucune inflammation de la pulpe cérébrale ni des méninges. Les organes de la poitrine sont sains. Météorisation intestinale peu considérable. Épaississement et rougeur du péritoine. Arborisations vasculaires mésentériques très-développées. Épanchement séro-purulent dans la cavité du bassin. Utérus flasque très-peu revenu sur lui-même. On trouve du pus crémeux dans la cavité utérine. On constate à la section de très-nombreux sinus gorgés de pus, soit dans le corps de l'organe au niveau de l'insertion placentaire, soit sur le segment inférieur. Les veines du col sont en très-grand nombre enflammées et suppurées; elles renferment du pus ou du sang coagulé.

La phlegmasie des vaisseaux a gagné le ligament large gauche; on y trouve des veines remplies de pus dans le voisinage de la corne de l'utérus. La moitié externe du ligament large, les ovaires et les veines du bassin ne présentent aucune altération. Pas d'abcès métastatiques dans les viscères.

Réflexions. — C'est bien ici le cas de dire avec M. Béhier, *frisson terminal*, mais quelle différence d'époque et de caractères avec le frisson ordinaire du début, que

nous avons appelé initial. Une péritonite est survenue tardivement chez cette malade. C'est au moment où la fluxion commençait sur la séreuse abdominale, qu'est survenu le frisson ; il a indiqué une complication arrivant dans le cours de la pyrexie. Il doit rentrer dans la classe des frissons secondaires, que nous étudierons plus loin, à propos de la répétition du frisson dans la fièvre puerpérale. Le véritable frisson initial a fait défaut.

OBSERVATION IX.

Fièvre puerpérale sans frisson initial. — Symptômes d'apoplexie cérébrale. — Aphasie. — Mort. — Ramollissement rouge de l'hémisphère gauche du cerveau. — Phlébite utérine.

Marie-Eugénie Cualay, 26 ans. La menstruation, régulière d'habitude, a fait sa dernière apparition le 26 octobre 1866. Primipare. Les petites douleurs commencent dans la soirée du 31 juillet. Entrée à la Charité dans la nuit. Le travail s'établit régulièrement vers trois heures du matin et se termine le 1er août à une heure de l'après-midi. Délivrance naturelle. Pas de frisson de l'accouchement.

1er août, au soir. Pouls 60. Utérus et annexes indolores. Lochies normales.

Le 2. Pouls calme, 60. Utérus à deux doigts au-dessous de l'ombilic. Ventre souple. État général satisfaisant.

Le soir. Céphalalgie, malaise général, fièvre; pouls, 120.

Aucun frisson ; la peau est chaude, couverte de sueur.

L'utérus et les annexes ne sont pas douloureux; les seins sont un peu gonflés. Les lochies ne sont pas modifiées.

Le 3 août. La fièvre est plus violente. Pouls, 132. Céphalalgie continuelle; peau couverte de sueur. Le gonflement des seins a continué. L'utérus est à trois doigts au-dessous de l'ombilic, il est douloureux à la pression depuis ce matin seulement. Lochies considérables.

Le 4. Vive contrariété; la malade pleure depuis hier soir parce qu'on lui a rendu son enfant, et que l'administration lui refuse les secours. Néanmoins, l'état général semble un peu meilleur, le pouls n'est plus qu'à 120. La chaleur de la peau est moindre. L'état de

l'utérus est le même; il est aussi sensible à la pression qu'hier. On ne trouve pas de gonflement des annexes.

Le 5. La nuit a été très-agitée; la malade est irritée d'être obligée de nourrir son enfant. Depuis ce matin, sans qu'il y ait eu ni crise, ni attaque, ni convulsion, ni perte de connaissance, la malade a la parole embarrassée et traînante. Ses mots traînent sur quelques syllabes, hésitent sur d'autres, comme on le rencontre dans le ramollissement cérébral.

Pouls, 120. La fièvre et la céphalalgie n'ont pas changé.

L'état de l'utérus est le même. Les lochies sont diminuées. Le gonflement momentané des seins a disparu depuis hier.

Le 6. A cinq heures du matin, un peu de subdelirium; à midi, le délire devient violent, furieux, on est obligé de contenir la malade. Pouls, 128. Utérus très-douloureux au niveau de ses cornes.

Pas de gonflement des annexes. — Potion 30 gouttes de teinture de castoréum, 15 gr. eau de laurier-cerise.

Le 8. L'état a été le même toute la journée d'hier, moins violent et moins bruyant. — Vin de Bordeaux; potion 4 gr. extrait de quinquina.

Le 9. Le délire continue, alternant avec des périodes de coma.

Pouls, 136. Sueur continuelle et visqueuse. La malade accuse une très-vive douleur quand on palpe l'utérus.

Diarrhée depuis hier. Lochies supprimées.

Mort à onze heures du soir.

Le 11. *Autopsie* trente-six heures après la mort. Putréfaction très-avancée.

La surface de l'encéphale est rouge, les méninges sont très-injectées, mais elles ne sont pas enflammées ni adhérentes. Les deux cornes frontales du cerveau sont envahies par un ramollissement très-caractérisé; l'hémisphère gauche est plus particulièrement atteint; son tissu ressemble à un véritable putrilage couleur lie de vin. La troisième circonvolution de ce côté est tellement ramollie qu'elle n'est presque plus visible. L'altération n'a envahi que la périphérie et la substance grise; à l'intérieur, la substance blanche a conservé son aspect et sa consistance normale.

On recherche avec beaucoup de soin si les vaisseaux encéphaliques sont altérés ou s'ils contiennent des caillots; mais la putréfaction trop avancée ne permet pas de trouver l'embolie, cause probable de ces accidents.

Les poumons sont sains; les cavités du cœur contiennent des cail-

lots noirâtres très-peu consistants. Il n'y a pas de caillots fibrineux dans le cœur gauche.

Le péritoine est sain, la surface des intestins lisse, nullement injectée. Aucun épanchement anormal.

L'utérus ne présente à l'extérieur aucune altération, il est seulement un peu flasque. Quelques caillots dans les veines utéro-ovariennes et les ligaments larges. Près de l'isthme cervico-utérin, on trouve dans le parenchyme utérin deux ou trois veines contenant du pus. Les sinus sont sains au niveau de l'insertion placentaire.

Réflexions. — On a hésité un instant, bien qu'on fût en temps d'épidémie, à voir, chez cette malade, une fièvre puerpérale. Ce n'est qu'après avoir constaté la douleur que la palpation trouvait à l'union des cornes de l'utérus et des ligaments larges, que M. Delore a affirmé son diagnostic. L'autopsie l'a confirmé en le complétant au point de vue des accidents cérébraux.

Caractères thermiques. — Nous n'avons parlé jusqu'ici que de l'intensité plus ou moins considérable du frisson. C'est un terme un peu vague, la science moderne ne saurait s'en contenter. Nous avons heureusement un moyen d'apprécier exactement, de mesurer pour ainsi dire la violence du frisson, c'est l'application du thermomètre sous l'aisselle de la malade. Nous avons vu que les observations de M. Hirtz ont fait constater que l'accroissement de la chaleur axillaire est en raison directe de la violence du frisson. Il devient alors très-facile d'avoir une idée précise de cette violence. Dès le début de la pyrexie, la température s'élève, de 37° qui est la chaleur habituelle pendant les suites de couches physiologiques, elle monte rapidement pendant le frisson à 40°, elle atteint même 41°, quand la violence du tremblement est excessive. Le maximum a lieu au mo-

ment où le frisson se termine et où le stade de chaleur commence; la défervescence s'établit pendant la sueur. Le thermomètre se maintient à un degré assez élevé, 38°,5 ou 39°, pendant la durée de la pyrexie; chaque soir on constate un léger accroissement de chaleur. Si le frisson se répète, on peut trouver de nouveau 41°, comme pendant le frisson initial, bien qu'en général le thermomètre monte rarement aussi haut qu'au début; enfin un nouvel accroissement de température paraît quelques moments avant la mort, et coïncide avec l'algidité de l'agonie.

Je n'ai pas eu l'occasion de voir si la chaleur commence quelques heures avant le frisson, comme M. Jaccoud l'a constaté dans les fièvres intermittentes. L'observation, dans le cas qui nous occupe, est beaucoup moins facile que dans les cas d'intoxication palustre. On sait à quelle heure va commencer un accès de fièvre intermittente, et on peut tout à son aise constater l'état du malade avant, pendant et après le frisson; tandis que rien ne peut faire prévoir le début de la fièvre puerpérale. Tout ce qu'il a été possible de voir, c'est qu'un instant après la parturition, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de frisson de l'accouchement, le thermomètre marque 37° environ; pendant le frisson initial de la fièvre puerpérale il monte à 40°, mais je n'ai pas pu savoir à quel moment précis il commence à s'élever. Voici quelques observations où la température a été exactement notée dans le cours de la fièvre puerpérale; elles donneront une idée de la chaleur centrale du corps pendant le frisson et la réaction.

OBSERVATION X.

Fièvre puerpérale. — Frisson initial unique, considérable. — Température élevée de l'aisselle. — Mort. — Autopsie. — Phlébite utérine.

Eugénie Guérin, 40 ans, multipare. Les suites de couches antérieures n'ont présenté aucune complication. Menstruation régulière; dernière apparition le 15 novembre 1866. Le travail commence le 24 août, à une heure du matin, et se termine le même jour à deux heures de l'après-midi. La tête est restée quatre heures au périnée; on était sur le point d'appliquer le forceps au détroit inférieur, quand l'accouchement s'est terminé spontanément. Délivrance facile et naturelle.

La malade n'est entrée à la Charité qu'après le début des douleurs.

Il y a eu, après la délivrance, un frisson de cinq minutes assez violent, avec claquements de dents; sueur douce et abondante dans l'après-midi; pouls, 80; température, 37° pendant le frisson de la délivrance. Dans la soirée, utérus et annexes souples, indolores.

Le 25, au matin. Pouls, 84; température, 37°,2; un peu de céphalalgie; utérus à deux doigts de l'ombilic. On trouve quelques douleurs à la palpation sur le fond de l'organe, au niveau des cornes.

Dans cette journée du 25, vingt-quatre heures après l'accouchement, au moment où on lui apportait son enfant, frisson violent d'une durée de dix minutes, tremblement général, claquement des dents; pouls, 100; température, 40° pendant le frisson. Réaction très-vive, chaleur excessive, sueur considérable. Le ventre est devenu dur depuis midi. Utérus très-douloureux à la pression; le gonflement des annexes se prononce. — Pot. alcool. aconit, 1 gr.; sirop diacode, 30 gr.; tisane tilleul et thé, 20 gr. de rhum.

A sept heures du soir, pendant la sueur. Pouls, 110; température, 39°,8.

Le 26. L'état fébrile se maintient. Pouls, 120; peau chaude, couverte de sueur; utérus et annexes très-sensibles à la pression; l'abdomen se ballonne et devient douloureux au pincement; la langue est blanche, sèche; température, 37°,8.

Le soir. Pouls, 116; langue plus humide; douleur abdominale croissante; température, 38°,6. — Potion sirop diacode, 30 gr.; esprit de Mindererus, 1 gr.; onguent napolitain belladoné en onctions sur le ventre; lavement, 25 gouttes de laudanum.

Le 27. Affaissement général; peau brûlante. L'abdomen ballonné et douloureux ne permet plus de palper l'utérus. Constipation opiniâtre depuis l'accouchement. Pouls, 104; température, 38°,6.

Le soir. Pouls, 108; température, 38°,8.

Le 28. La douleur du ventre est encore augmentée. La malade, après une nuit très-agitée, est tombée dans un état d'affaissement et de coma qui lui permet à peine de répondre. Les extrémités sont froides; pouls, 130; température, 39°. — Potion, 2 gr. résine de quinquina; vin de Bordeaux.

Le soir. Pouls, 130; température, 39°,8.

Le 29. Mort à cinq heures du matin.

Autopsie. Aucune altération pathologique dans la cavité encéphalique. Les organes de la poitrine sont sains : épanchement séro-purulent du péritoine; météorisation et arborisation vasculaire de l'intestin. Fluxion et injection des ligaments larges et des ovaires des deux côtés. Quelques veines de l'utérus, dans le corps et dans le col, contiennent du pus et des caillots. Les veines du bassin ne sont pas altérées.

OBSERVATION XI.

Fièvre puerpérale. — Prodromes ayant devancé de quelques heures le frisson initial. — Température de l'aisselle pendant la pyrexie.— Mort. — Autopsie.— Phlébite utérine. — Péritonite.

Elisa Marix, 29 ans, multipare; le premier accouchement n'a rien présenté d'anormal. Les règles venaient habituellement toutes les trois semaines. Leur dernière apparition est du 4 janvier 1867.

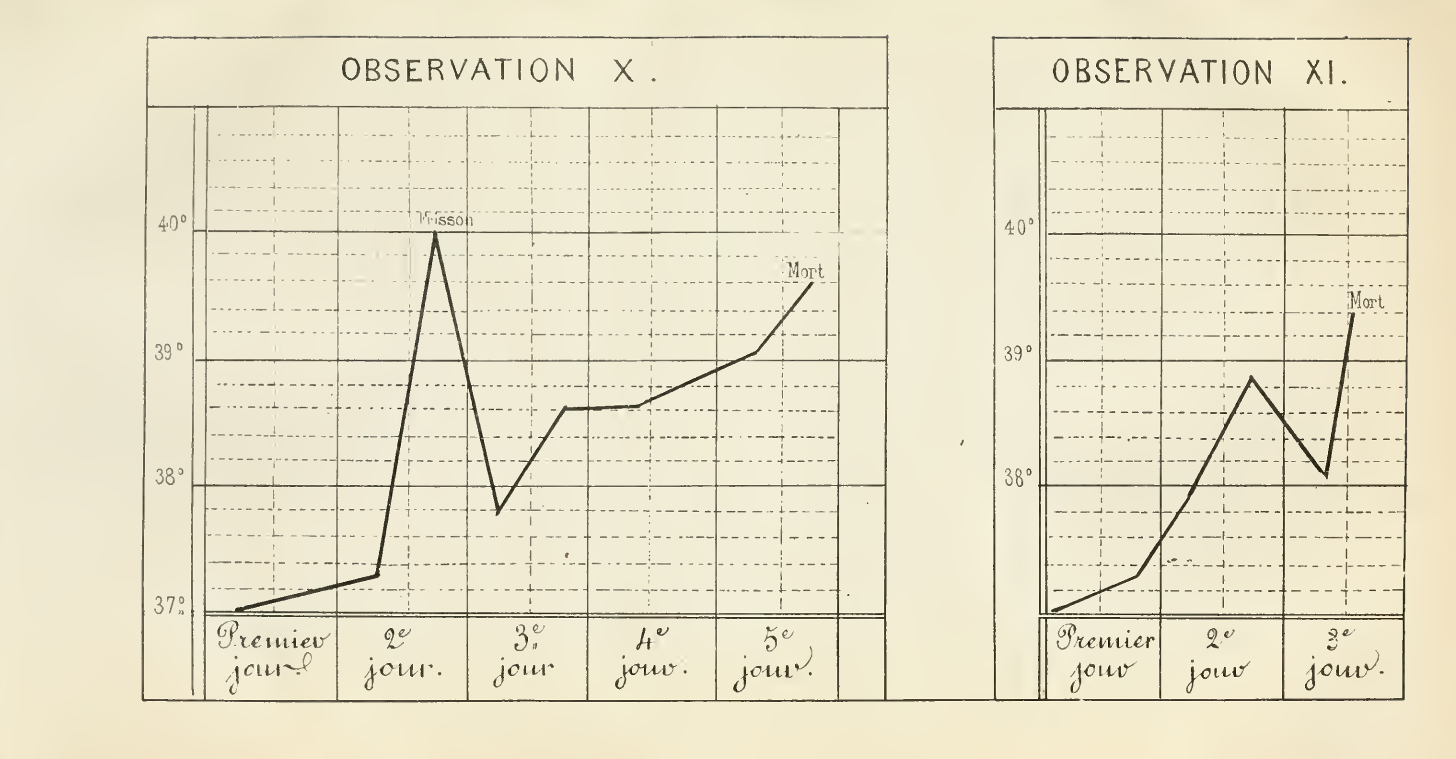
Entrée à la Charité le 9 octobre. Le travail commence le 10 octobre, à neuf heures du soir, pour se terminer le 11, à cinq heures du matin. Délivrance naturelle.

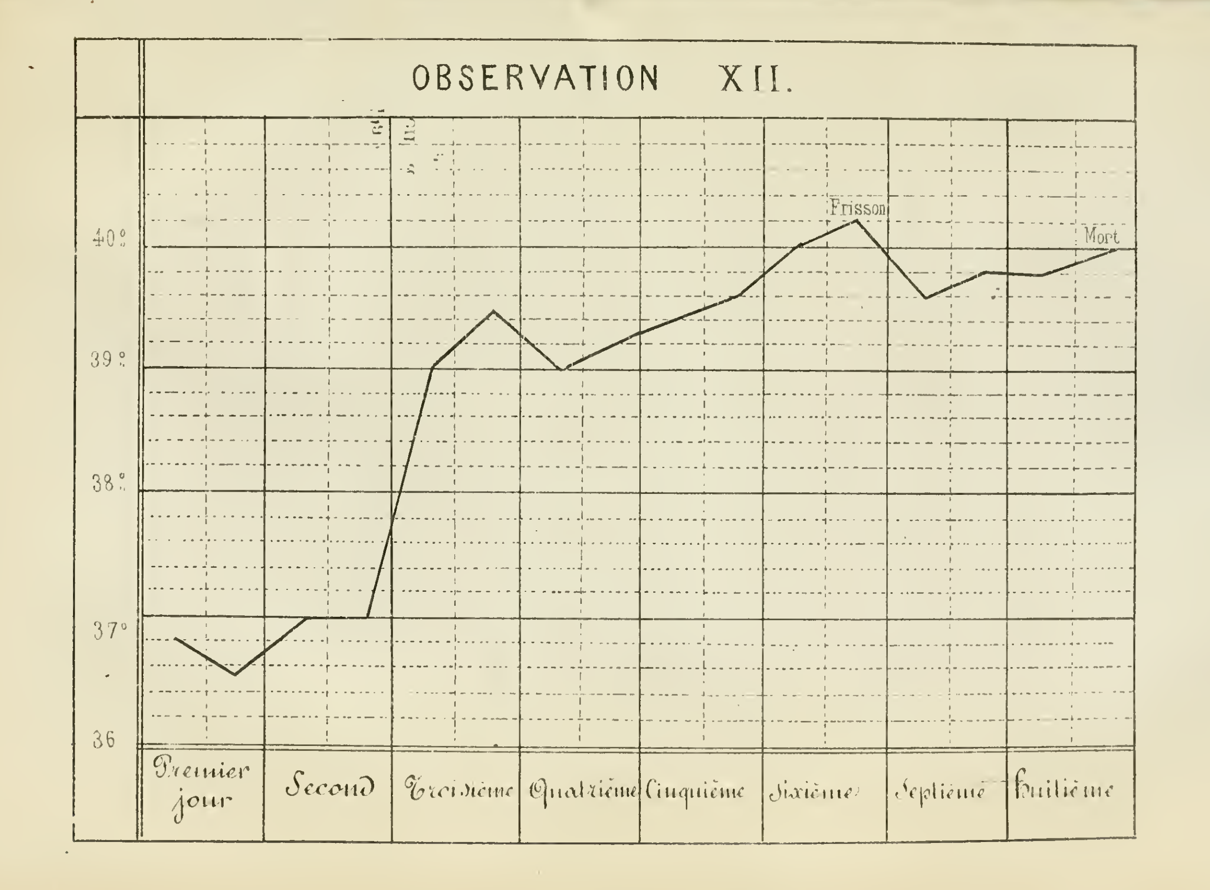
Frisson léger de cinq minutes au moment de l'expulsion du fœtus; il est suivi d'une douce moiteur qui dure toute la matinée.

Le 11, à huit heures du matin. Peau chaude, humide. Etat général excellent. Douleur légère du ventre au niveau des ligaments larges et des cornes de l'utérus. Pouls, 76; température, 37°.

Le soir. Même douleur de l'utérus. Le fond de l'organe est à deux doigts de l'ombilic. Pouls, 76; température, 37,2. Céphalalgie.

Le 12. Dans la nuit, vers une heure du matin, frisson très-violent avec claquement de dents pendant environ vingt minutes.


OBSERVATION X.
40°
39°
38°
37°
Frisson
Mort
Premier jour
2e jour.
3e jour
4e jour.
5e jour.
OBSERVATION XI.
40°
39°
38°
Mort
Premier jour
2e jour
3e jour.



OBSERVATION XII.
40°
39°
38°
37°
36
Frisson
Mort
Premier jour
Second
Troisième
Quatrième
Cinquième
Sixième
Septième
Huitième

Réaction très-violente; chaleur sèche, très-pénible pendant une heure.

Ce matin, à huit heures, peau couverte de sueur; sensibilité de tout le ventre; douleurs atroces sur les cornes et sur le corps de l'utérus; facies inquiet; agitation continuelle.

A huit heures. Pouls, 120; température, 38°; on n'a pas pu prendre la température au moment du frisson. — Prescription : Tisane tilleul et thé; 20 gr. de rhum; potion, 1 gr. esprit de Mindererus.

Dans la journée, vomissements bilieux, diarrhée. La douleur s'étend à tout l'abdomen et au-dessus de l'ombilic. Pouls, 132; température, 38°,8. — Potion, 20 gouttes roses de Magendie.

Le 13. Abaissement général. Le ventre, météorisé, est également douloureux dans toute son étendue. Les vomissements et la diarrhée persistent. Respiration haletante. Pouls, 140; température, 38°. — Potion, 2 gr. extrait alcoolique de quinquina.

Le soir. Aggravation de l'état général; refroidissement des extrémités. Pouls, 140; température, 38°,6.

Le 14. Agonie; algidité des membres. Pouls, 150; température, 39°,4.

Mort dans la soirée.

Le 16. *Autopsie.* Rien dans le cerveau ni dans la poitrine; épanchement purulent dans l'abdomen; arborisations vasculaires nombreuses sur les intestins. Utérus assez bien revenu sur lui-même, à deux doigts au-dessus du détroit supérieur. Les sinus utérins sont sains au niveau de la plaie de l'insertion placentaire; quelques veines contiennent du pus sur les côtés du corps de l'utérus. A l'union du corps et du col, les parois utérines sont infiltrées de pus; les sinus veineux en sont remplis à ce niveau; quelques-uns contiennent seulement du sang coagulé. Les veines utéro-ovariennes et les plexus pampiniformes ne présentent aucune altération. Les veines du bassin sont saines. Les viscères ne contiennent pas d'abcès métastatique.

OBSERVATION XII.

Fièvre puerpérale.— Frisson initial de peu d'intensité. — Second frisson plus violent au cinquième jour.—Variations de la température.—Mort.—Autopsie.— Phlébite utérine.

Joséphine Girard est amenée à la Charité dans la matinée du samedi 31 août; elle y accouche immédiatement sur la chaise des

porteurs, avant qu'on ait eu le temps de la placer sur un lit. Délivrance naturelle.

Elle n'a eu aucun frisson après son accouchement; lochies normales. Utérus bien revenu sur lui-même à un doigt de l'ombilic. Pouls, 64; température, 36°,8. Le soir, 36°,6.

1er septembre. Ventre souple; utérus et annexes indolores. Les seins commencent à se fluxionner. Aucun malaise général. Pouls, 64; température, 37°.

Le soir. Température, 37°.

Le 2, vers six heures du matin. Frisson de peu d'intensité. Il ne s'est caractérisé que par une sensation de froid dans les jambes; il n'a duré qu'un quart d'heure. La réaction est très-violente. La peau est couverte de sueur; le ventre est douloureux dans les deux fosses iliaques au niveau des ligaments larges. On perçoit nettement le cordon induré de M. Béhier. Utérus à deux doigts de l'ombilic, douloureux à la pression. Les seins continuent à perdre du lait. Pouls, 124; température, 39.

Le soir. Même état de l'utérus et des annexes. Pouls, 128; température, 39°,4. — Potion, 1 gr. alcool. aconit., 30 gr. sirop diacode.

Le 3. L'état du ventre et de l'utérus n'a pas changé; il n'y a pas eu de selles depuis l'accouchement. Langue blanche; quelques vomissements dans la matinée. Pouls, 120; température, 39°.

Le soir. Température, 39°,2. — Lavement huileux.

Le 4. L'état s'est aggravé depuis hier. La malade fait des efforts de vomissement continuels. Toute la portion sous-ombilicale du ventre est très-douloureuse; il devient impossible de palper nettement l'utérus. Lochies purulentes diminuées depuis deux jours. Pouls, 130; température, 39°,4. — Potion anti-émétique de Rivière.

Le soir. Un peu d'amélioration. Plus de vomissements; douleur hypogastrique moindre; un peu de diarrhée. Pouls, 130; température, 39°,6.

Le 5. Hier soir, à neuf heures, la malade a repris un frisson plus violent que le précédent. Il a duré dix minutes avec tremblement général et claquement de dents. Pendant le frisson, la température était 40°,8. La réaction est considérable; la sueur a duré toute la nuit.

Le matin. Pouls, 120; température, 40°.

Le soir. Même état. Pouls, 120; température, 40°,2.

Le 6. Même état de l'hypogastre. Un peu de délire pendant la nuit. Pouls, 124; température, 39°,8.

Le soir. Pouls, 124; température, 39°,8.

Le 7. Le ventre se météorise; l'état général s'aggrave; délire continuel; facies hagard; respiration haletante. Pouls, 128; température, 38°,6.

Le soir. Pouls, 130; température, 39°,8.

Le 8. Teint jaune pâle terreux; langue sèche; peau inondée de sueur. Pouls, 128; température, 39°,8.

Le soir. Pouls, 130; température, 39°,8. — Potion, 1 gr. sulfate de quinine, 25 centigr. de musc.

Le 9. Respiration anxieuse; agonie; algidité des membres. Pouls imperceptible; température, 40°.

Le 10. Mort.

Le 11. *Autopsie* vingt-quatre heures après la mort. Rien dans le cerveau ni la poitrine. Il n'y a pas de péritonite. Les intestins ne présentent pas d'arborisations vasculaires bien accusées ; ils ne sont presque pas météorisés. Il n'y a pas d'épanchement anormal dans le péritoine. L'utérus est très-bien revenu sur lui-même. Il ne dépasse que de trois doigts le détroit supérieur. On trouve à sa surface interne un peu de pus au niveau de la plaie qu'a laissée la chute du placenta. A la coupe de l'utérus, on remarque qu'au niveau de l'insertion placentaire les parois de l'organe sont notablement épaissies. Les sinus veineux sont remplis de pus; dans certains points, ils sont tellement distendus qu'ils forment de véritables abcès dans les parois utérines. Les veines du col sont également malades. Il n'y a pas de phlébite des ligaments larges ni du bassin. Aucun abcès métastatique dans les viscères.

Réflexions. — On remarque dans cette observation que le frisson initial peu intense et presque localisé n'a coïncidé qu'avec une faible augmentation de la température. Le deuxième frisson, plus violent, s'est au contraire mesuré par 40°,8. La réaction du frisson initial a présenté la même chaleur et la même violence que si le froid et le tremblement avaient été considérables.

OBSERVATION XIII

Fièvre puerpérale. — Frisson initial considérable. — Frissons répétés quelques jours avant la mort. — Variations de la température. — Mort. — Autopsie. — Phlébite utérine et utéro-ovarienne.

Charlotte Wieber, 26 ans, multipare, enceinte de huit mois seulement, entre à la Charité le 21 septembre. La menstruation, habituellement régulière, a fait sa dernière apparition le 20 janvier 1867.

Les douleurs commencent le 22 septembre à deux heures du matin ; on reconnaît dans la journée une deuxième position de l'épaule gauche.

Le 23. A deux heures du matin, la dilatation est complète ; on pratique la version podalique, et on amène un enfant ramolli et macéré, dont la mort semble remonter à quinze jours. Délivrance facile et naturelle.

Le 23, au matin. Il n'y a pas eu de frisson de l'accouchement. Utérus à deux doigts au-dessous de l'ombilic ; annexes souples. Aucun malaise. Pouls, 64 ; température, 37°.

Le soir. Pouls, 64 ; température, 36,8.

Le 24. Utérus à deux doigts de l'ombilic ; il est très-douloureux à la pression ; l'annexe droite présente le cordon induré signalé par M. Béhier. La malade a éprouvé dans la nuit un violent frisson, caractérisé par un tremblement général et un claquement de dents de dix minutes. Il a été suivi d'une réaction très-vive.

Pouls, 124 ; température, 39°. — 2 grammes de sulfate de quinine ; vésicatoire sur le ventre.

Le soir, même état. Pouls, 128 ; température, 39°,2.

Le 25. Hier, vers sept heures du soir, nouveau frisson plus intense que le premier. Tremblement violent pendant un quart d'heure, suivi d'une réaction encore plus vive. La fluxion laiteuse a commencé néanmoins à s'établir. Ventre très-douloureux au niveau de l'utérus et des annexes.

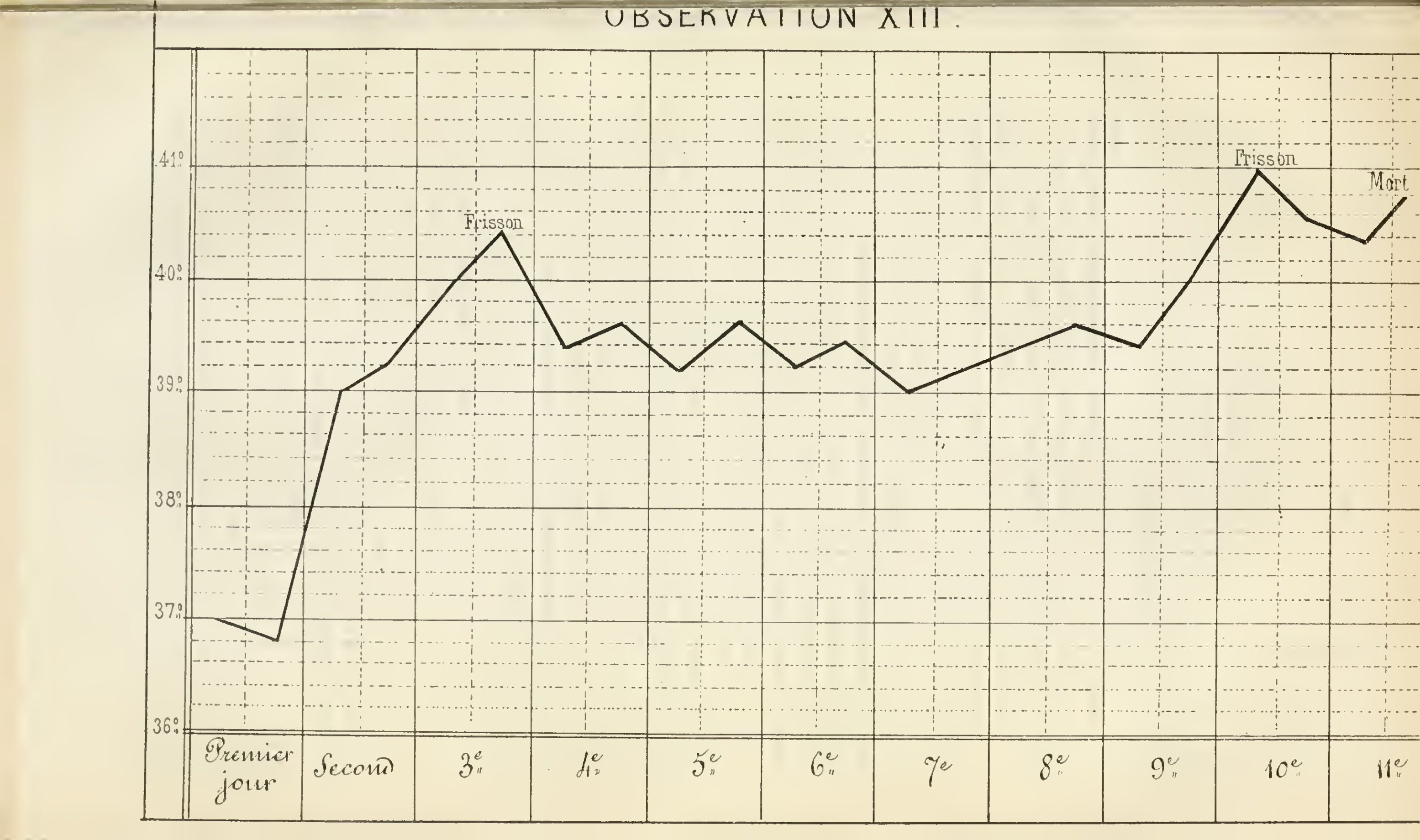
Pouls plus fort qu'hier, 118 ; température, 40°.

Le soir. La langue est blanche, la peau très-chaude, inondée de sueurs. Lochies très-considérables, fétides.

Pouls, 120 ; température, 40°,4. — Potion, sirop de morphine, 30 grammes ; teinture d'aconit, 1 gramme.

Le 26. Même état de l'hypogastre. Somnolence voisine du coma.

Pouls, 104 ; température, 39°,4.


OBSERVATION XIII.
41°
40°
39°
38°
37°
36°
Frisson
Frisson
Mort
Premier jour
Second
3e "
4e "
5e "
6e "
7e
8e "
9e "
10e "
11e "

Le soir. Pouls, 104 ; température, 39°,6.

Le 27. Pouls, 120; température, 39°,2.

Le soir. Pouls, 126 ; température, 39°,6.

Le 29. Tousse un peu depuis hier. L'utérus et les annexes deviennent de plus en plus douloureux. Somnolence continuelle, sans délire.

Pouls, 124 ; température, 39°,2.

Le soir. Pouls, 124 ; température, 39°,4.

Le 30. Même état, coma. Même état du pouls et de la température.

1er octobre. Selles diarrhéiques involontaires ; adynamie. — Potion, 2 grammes extrait alcoolique de quinquina.

Pouls, 128; température, 39°,4.

Le soir. Pouls, 128; température, 39°,6.

Le 2. État comateux le matin. Pouls, 124; température, 39°,4.

Dans la journée, vers deux heures, frisson d'une demi-heure, caractérisé par un tremblement général, sans claquement de dents ; réaction considérable. Le gonflement de l'annexe droite est très-accusé, la douleur augmente tous les jours à ce niveau.

Pouls, 140; température, 40°.

Le 3. Dans la journée, deux nouveaux frissons beaucoup plus violents que celui de la veille; l'un à dix heures, l'autre à onze heures, avec claquements de dents.

Pouls, 160 ; température, 41°, pendant le frisson de dix heures.

Le soir. Pouls, 164; température, 40°,6.

Le 4. Nuit très-agitée, délire, respiration haletante. Ventre impossible à palper au-dessous de l'ombilic, à cause de la douleur. Diarrhée colliquative involontaire.

Pouls, 164; température, 40°,4.

Le soir. Pouls, 164; température, 40°,8.

Le 6. Mort à cinq heures du soir.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Les organes de l'encéphale et de la poitrine sont sains ; les intestins ne présentent ni météorisation, ni arborisation vasculaires. Le péritoine n'a aucun épanchement anormal.

L'utérus est à deux doigts au-dessus du pubis, assez bien revenu sur lui-même. En incisant sur les côtés des ligaments larges, pour extraire les organes génitaux internes, on trouve à droite sur les côtés du bassin un tissu cellulaire épaissi et dur. C'est ce qui formait le cordon induré près de la corne de l'utérus. Quelques gouttes de

pus s'en échappent à chaque incision. Les veines de cette région, plexus pampiniforme droit, veine utéro-ovarienne droite, ont leurs parois épaissies, ulcérées, et leur calibre rempli de pus. L'altération de la veine utéro-ovarienne se propage jusqu'à environ 1 centimètre de la veine cave; un caillot sanguin très-solide sépare la partie saine de la partie enflammée, et empêche toute communication entre le pus et le torrent circulatoire.

L'utérus est très-bien revenu sur lui-même. La plaie placentaire, réduite d'étendue, occupe la paroi antérieure du corps; les sinus utérins sont sains à ce niveau. On en trouve au contraire plusieurs remplis de pus ou de sang coagulé, près de la corne droite. Quelques veines du col contiennent également du pus.

Aucun abcès métastatique dans les viscères. Le sang, examiné au microscope, présente un rapport des leucocytes aux hématies d'environ 1/100e.

Réflexions. — La répétition du frisson a annoncé ici l'extension de la phlébite au plexus pampiniforme et à la veine utéro-ovarienne. Un caillot obturateur considérable empêchait le pus de se déverser dans le sang; rien ne peut démontrer qu'il y ait eu un mélange de ces deux humeurs. Les leucocytes trouvés dans le sang ne prouvent rien, ils sont presque l'état normal dans la puerpéralité. Les lésions de l'infection purulente cherchées avec soin pendant plusieurs heures par plusieurs personnes n'ont pu être rencontrées.

Le thermomètre constitue un moyen très-précieux d'apprécier la valeur du frisson; nous verrons plus loin l'importance que l'on peut déduire des indications qu'il nous donne. Nous nous en servirons pour distinguer les frissons graves de ceux qui ne doivent inspirer aucune inquiétude.

Epoque de l'apparition. — La maladie débute quelquefois avant l'accouchement; le frisson de la fièvre puerpérale pendant la grossesse a été étudié dans la pre-

mière partie de ce travail, il n'y a pas à y revenir. Le frisson initial peut survenir pendant le travail de l'accouchement. M. Tarnier cite une observation (1) et M. H. Dor (2), en rapporte sept ou huit où on l'a constaté quelques heures avant la délivrance. M. Bouchacourt a vu une fièvre puerpérale commencer par un frisson, pendant qu'il provoquait un accouchement prématuré.

Le plus souvent c'est dans les deux ou trois premiers jours qui suivent l'accouchement, quelquefois une heure ou une demi-heure après la délivrance que se déclarent les symptômes initiaux. Voici un tableau, emprunté à la thèse de M. Tarnier; il donne immédiatement une idée de l'époque la plus habituelle du début de la fièvre puerpérale :

Immédiatement ou peu après l'accouchement...	21	fois.
Un jour après l'accouchement................	27	—
Deux jours après...........................	20	—
Trois jours après..........................	11	—
Quatre jours après.........................	4	—
Cinq jours après...........................	1	—
Six jours après............................	0	—
Sept jours après...........................	0	—
Huit jours après...........................	3	—
Après le huitième jour.....................	0	—

J'ai moi-même noté exactement l'époque du début de toutes les fièvres puerpérales confirmées qui se sont présentées l'été dernier à la Maternité de Lyon. Voici le tableau que je puis dresser sur mes observations :

Epoque du frisson initial :

(1) Tarnier, De la Fièvre puerpérale; Paris, 1858.
(2) Gazette hebdomadaire, *loc. cit.*

Avant l'accouchement........................	1	fois.
Pendant le travail............................	0	—
Immédiatement ou peu après l'accouchement...	4	—
Un jour après l'accouchement..................	28	—
Deux jours après l'accouchement.............	14	—
Trois jours après l'accouchement.............	3	—
Cinq jours après...............................	0	—
Six jours après................................	0	—
Sept jours après...............................	1	—
Huit jours et après le huitième jour..........	0	—

On voit que c'est environ vingt-quatre heures après l'accouchement que le frisson initial a lieu le plus fréquemment. Moreau et Lasserre signalent le deuxième et le troisième jour, MM. Voillemier et Bouchut le troisième et le quatrième, comme l'époque la plus ordinaire du début de la pyrexie; MM. Bidault et Arnoult l'ont vue assez souvent commencer six ou huit heures après la délivrance, et disent qu'elle survient dans les premières vingt-quatre heures de l'accouchement. Les dissidences, on le voit, sont peu accentuées.

Tout le monde, les essentialistes avec MM. Depaul et Tarnier, les localisateurs avec M. Béhier, s'accordent à fixer le huitième jour des couches comme un terme final, au delà duquel la nouvelle accouchée est à l'abri du fléau.

Ce n'est pas à dire pour cela que passé cette époque, les femmes en aient fini avec leurs suites de couches. Loin de là, elles sont encore sous le coup d'une infinité de complications, tenant soit à la susceptibilité morbide particulière de l'état puerpéral, soit à la plaie utérine non encore cicatrisée. Mais nous verrons plus loin que les accidents qui débutent si tardivement ne sont pas ceux de la fièvre puerpérale.

Dans une forme de fièvre puerpérale appelée forme pectorale par M. Charrier (1), le début, d'après cet auteur, serait plus tardif. Mais les pleurésies et les pneumonies puerpérales dont il publie les observations dans sa thèse, dépendent-elles bien de la fièvre puerpérale ?

Dans un certain nombre de cas, les veines du col de l'utérus n'ont pas été examinées. On pourrait très-bien soutenir que les phlegmasies thoraciques n'étaient que des maladies intercurrentes, sans aucun rapport avec la grande pyrexie épidémique, dont l'anatomie pathologique n'a pas fait constater la lésion utérine.

Symptômes concomitants du frisson. — Si le frisson, malgré sa violence peut, au premier moment, laisser le médecin dans le doute sur l'avenir de la maladie, l'ensemble pathologique qui se dessinera presque immédiatement, deviendra assez manifeste pour qu'on puisse affirmer le début d'une fièvre puerpérale.

En effet, dès le commencement et, dans certains cas, quelques minutes avant le tremblement, le pouls devient frappant de fréquence, de petitesse et d'irrégularité : il monte toujours au-dessus de 120, le plus souvent à 130, quelquefois à 140 ou 150 pulsations. La respiration est courte, haletante, elle augmente de fréquence dans les mêmes proportions que le pouls : elle s'élève à 36, 40 inspirations par minute ; j'en ai compté jusqu'à 60, à la fin du tremblement quand la période de chaleur commençait. Les extrémités sont froides dans quelques rares circonstances ; généralement la

(1) De la Fièvre puerpérale observée en 1854 à la Maternité de Paris ; Paris, 1855.

peau est chaude, âcre, mordicante sur le milieu du corps, principalement au niveau de l'abdomen. On voit se manifester sur la surface cutanée, sur l'avant-bras, la main ou le visage des plaques congestives dont la rougeur disparaît sous le doigt, et se reproduit dès qu'on cesse la pression. C'est là un signe que l'on doit noter parce qu'il peut faciliter le diagnostic, mais il n'est pas spécial à la fièvre puerpérale, il est indiqué au début de toutes les affections à forme typhoïde.

Dès l'apparition des frissons les forces sont épuisées, les malades restent étendues sur le dos, les yeux fixes, indifférentes à tout ce qui les entoure. M. Béhier attire avec raison l'attention sur une position curieuse qu'elles prennent alors, j'ai plusieurs fois eu l'occasion de la constater : les bras se placent au-dessus de la tête par une sorte de mouvement passif, qui n'a pour but que de les soutenir et de les empêcher de tomber hors du lit, par suite de l'accablement général.

Des vomissements accompagnent très-souvent le frisson ; ils le précèdent quelquefois, et alors c'est à l'occasion d'un effort ou d'une évacuation stomachale, que survient le tremblement. Des matières verdâtres, bilieuses, porracées, d'une extrême amertume, sont rejetées; quelquefois des lombrics s'y trouvent mêlés, comme cela se rencontre dans les autres affections virulentes, la diphthérite, par exemple.

La diarrhée est plus fréquente que les vomissements. Elle survient un ou deux jours après le frisson. Les selles sont liquides, peu copieuses en général, mais excessivement fréquentes et parfois involontaires.

Il n'y a pas habituellement de troubles intellectuels pendant le frisson initial ; le délire, les soubresaults de

tendons n'arrivent que beaucoup plus tard, deux ou trois jours seulement avant la mort. Chose curieuse, dans les deux faits que j'ai relatés plus haut (observations 8 et 9), où les troubles nerveux ont paru dès le premier jour, le frisson initial a fait défaut.

Le phénomène le plus constant du début de la fièvre puerpérale, c'est la douleur du ventre. Elle ne manque jamais, tandis que le frisson fait quelquefois défaut. Elle est dans certains cas localisée aux ligaments larges et aux cornes de l'utérus : il faut alors pour la trouver avoir quelque habitude d'examiner des femmes en couches et y mettre tout le soin que recommande M. Béhier. D'autres fois, cette douleur occupe tout le globe utérin. Enfin, elle peut s'étendre d'emblée à l'abdomen tout entier, et remonter jusque dans les flancs et l'épigastre, en s'accompagnant d'une météorisation rapide de l'intestin. Ces différences dans l'étendue de la douleur abdominale devront être immédiatement prises en considération, elles ont une très-grande importance pour le pronostic. Quand, en effet, la douleur arrive à l'épigastre, on est en face d'une péritonite généralisée, commençant aussitôt que la fièvre puerpérale dont elle est une complication inévitablement mortelle. Si au contraire la douleur ne s'étend pas au delà de l'utérus et des annexes, on a affaire à la fièvre puerpérale seule avec sa phlébite utérine ; c'est déjà fort grave, mais ce n'est pas toujours fatal. Hippocrate avait bien compris cette différence quand il a dit : « Après l'accouchement et l'avortement, les lochies qui se précipitent en abondance et avec impétuosité, si elles s'arrêtent, sont fâcheuses ; le frisson est contraire dans ce cas ainsi que le

trouble du ventre, surtout s'il y a douleur des hypochondres » (1).

Deux mille ans de recherches et d'observations ont confirmé la judicieuse remarque du vieillard de Cos. Tout le monde s'est accordé à reconnaître la gravité d'une complication de péritonite. Chaque fois qu'avec le frisson, j'ai vu la douleur et la phlegmasie dépasser la limite supérieure de l'ombilic, le cas a été mortel.

En même temps que les douleurs abdominales, peu d'heures après le frisson, des douleurs articulaires se manifestent quelquefois avec ou sans rougeur de la peau. C'est un signe très-important pour le diagnostic et très-grave pour le pronostic : il présage des arthrites suppurées multiples qui vont survenir comme complication de la fièvre puerpérale. Cette forme de la pyrexie est une des variétés d'une entité morbide distincte créée dans ces derniers temps, le rhumatisme puerpéral ; je ne la crois pas encore suffisamment établie.

Les effets du frisson sur l'excrétion lochiale, sont tellement variables, qu'on peut difficilement poser une règle générale : ordinairement la quantité et la qualité n'en sont nullement modifiées ; dans quelques cas pourtant, il y a une diminution qui devient sensible un ou deux jours après le frisson ; plus rarement on voit la perte sanguine redoubler pendant les grandes trépidations musculaires.

La sécrétion du lait est plus directement et plus uniformément influencée. Quand la fièvre puerpérale survient après l'établissement de la sécrétion laiteuse, on voit immédiatement, dès le premier frisson, le lait se

(1) Hippocrate, Coaques, chap. 3.

tarir et les seins s'affaisser. Si le frisson, comme c'est le cas ordinaire, arrive avant la montée de lait, le gonflement des seins ne s'effectue généralement pas.

§ III.—*De la répétition du frisson dans la fièvre puerpérale.*

Les phénomènes fébriles qui ont l'utérus pour centre ont quelquefois des manifestations intermittentes. Il n'y a dès lors rien d'extraordinaire, si la fièvre puerpérale, dont l'action locale se porte sur les veines utérines, a des symptômes rappelant un peu le type intermittent ou rémittent, comme Osiander l'a le premier fait observer. Ce n'est que dans des cas assez rares qu'on observe cette forme de symptômes : nous avons déjà vu, que le plus souvent le frisson est unique, c'est le frisson initial. Quand il se répète, il est causé le plus souvent par une complication commençante : l'extension de la phlébite aux veines utéro-ovariennes, la péritonite, la pleurésie, les arthrites suppurées, l'infection purulente ou l'infection putride, qui peuvent survenir dans le cours de la fièvre puerpérale. Il faut savoir pourtant que même en dehors de ces complications, le frisson peut se reproduire ; encore une fois cela est une exception. M. Tarnier ne l'a vu se répéter une deuxième fois que 8 fois sur 100, et une troisième fois que 1 fois sur 100.

M. Depaul, à l'Académie de médecine, a insisté sur l'époque à laquelle survient le deuxième ou le troisième frisson. C'est rarement, dit-il, après 24 ou 36 heures. Les observations que j'ai recueillies confirment l'assertion du savant professeur de clinique, en ce qui touche

seulement la fièvre puerpérale sans complication : le frisson s'est répété rarement, et quand il se reproduisait c'était à sept ou huit heures d'intervalle, ce n'était en quelque sorte qu'un dédoublement du frisson initial. Sur 51 observations, je l'ai vu double 6 fois, et triple 2 fois. Dans ces cas, quand le frisson initial se dédouble l'affection débute par une sensation de froid localisée dans le dos ou les cuisses ; la malade se réchauffe un peu, le pouls commence à s'accélérer, puis deux ou trois heures après, survient un violent rigor, avec tout l'appareil de symptômes que nous avons étudié plus haut. Quand il y a trois frissons, c'est habituellement deux sensations de froid et un seul rigor.

C'est sans doute par un abus de langage, qu'on applique ici le mot intermittent, il n'y a pas la moindre régularité dans l'heure du retour de ces frissons, et il est infiniment plus correct de dire frissons à répétitions.

La répétition tardive du frisson dans la fièvre puerpérale est plus fréquente que le dédoublement du frisson initial, je l'ai vue 11 fois sur 51 cas. M. Depaul n'y faisait sans doute pas allusion, quand il parlait, à l'Académie, de la rareté des frissons multiples. On voit vers les septième et huitième jour de la maladie tantôt se montrer un frisson unique dont la violence, les caractères thermiques et toutes les allures rappellent le frisson initial; tantôt ce sont deux ou trois frissons considérables se reproduisant à un jour d'intervalle, sans aucune régularité dans les heures de leur retour. D'autres fois, c'est à une époque plus tardive, vers le douzième ou le quinzième jour, au moment où la convalescence semblait assurée, qu'arrivent des frissons

multiples. Ils paraissent un peu plus régulièrement vers le soir, et s'accompagnent d'un mouvement fébrile rémittent.

Dans tous ces cas, la fièvre puerpérale n'est plus seule en cause, un autre élément entre en jeu, ce sont les complications locales dont la gravité s'ajoute à celle de la pyrexie. Un frisson se répétant le quatrième ou le cinquième jour de la fièvre puerpérale, avec une grande violence et une température axillaire d'environ 40°, annonce habituellement une inflammation symptomatique de la plèvre ou du péritoine. On voit alors la douleur abdominale, localisée jusqu'à ce moment à l'utérus et aux annexes, gagner aussitôt la région sus-ombilicale de l'abdomen, et le ventre se tympaniser; ou bien un point de côté se fait sentir sur le thorax, et en explorant la poitrine, on trouve une nouvelle localisation, dont le frisson a été l'indice. Dans d'autres circonstances, la malade souffre dans les articulations; ce sont des arthrites suppurées qui débutent : nous savons déjà de quelle gravité est cette complication.

Si le frisson survient à une époque plus avancée, le huitième ou le dixième jour, s'il se reproduit deux à trois fois, avec une violence égale, et une élévation de température tout aussi accusée, il indique plutôt une extension de la phlébite utérine aux veines utéro-ovariennes et aux plexus pampiniformes. Les observations 12 et 13 en sont des exemples. Dans ce cas, le gonflement des annexes augmente, la face devient jaune et la peau se couvre de sudamina. Si, à cette même époque (huitième jour), le frisson se répète encore plus fréquemment, s'il revient trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, en persistant avec les mêmes caractères pendant

plusieurs jours, on doit craindre une infection purulente. On voit alors la langue se sécher, la face devenir terreuse, le pouls, très-rapide et très dépressible ; tout cela sans aucune augmentation de la douleur utérine ou du gonflement des annexes.

Enfin quand surviennent vers le douzième ou le quinzième jour, de petits frissons répétés tous les soirs avec les allures rémittentes de la fièvre hectique et une élévation moindre de la temperature, c'est l'annonce d'un phlegmon qui suppure, d'une infection putride qui s'opère, d'une pleurésie ou d'une pneumonie qui tourne à la purulence. L'abcès sera reconnu à la présence de la tumeur ; la suppuration des plèvres aux phénomènes stéthoscopiques, à l'état fébrile et aux dépérissement général ; l'infection putride, à l'absence de nouvelles localisations abdominales, à la fétidité des lochies, et aux gangrènes partielles du vagin ou du col de l'utérns.

L'état du pouls et de la température sont des signes précieux pour établir un pronostic probable : si le nombre des pulsations n'est pas sensiblement augmenté, si l'on ne trouve aucun accroissement brusque de la température axillaire, après un de ces frissons, on peut espérer qu'il s'agit simplement d'un trouble accidentel et passager tenant à une impression du froid extérieur, et que rien n'est encore venu aggraver la pyrex e.

La répétition fréquente du frisson dans le cours de la fièvre, bien que très-grave, n'est pas toujours mortelle. La complication est quelquefois guérissable : si ce n'est qu'une extension de la phlébite à différentes parties de l'utérus, par exemple, c'est infiniment moins sérieux

qu'une inflammation suppurée des veines utéro-ovariennes. Ces cas, où la guérison a pu être obtenue, malgré des frissons multiples, sont assez rares, pour que l'observation suivante me semble constituer un fait exceptionnel, et digne d'être signalé.

OBSERVATION XIV.

(Observation recueillie par M. Jules Durand, interne des hôpitaux de Lyon.)

Fièvre puerpérale. — Frissons multiples. — Guérison.

Marie Pirontet, 23 ans, entrée le 7 novembre 1867, primipare; dernière menstruation le 1er février; bassin normal; bruits du cœur à gauche; apparition des douleurs le 7 novembre, à sept heures du soir; rupture des membranes au moment de l'accouchement; première position du vertex; col dilatable; terminaison le 7 novembre, à minuit; délivrance naturelle; fille bien portante.

Le 8, au matin. Plus de coliques. Ecoulement sanguin abondant. Utérus à l'ombilic, un peu incliné à droite, non douloureux à la pression. Pouls faible, régulier, 80.

Le 8, au soir. Les coliques ont reparu dans la journée. Pouls faible, 84.

9 novembre. L'utérus est encore bien au-dessous du pubis. Frissons. La peau chaude, moite. Pouls faible, 100.

Le 10. L'utérus à cinq doigts du pubis (au-dessus). Quelques coliques dans la journée. Ecoulement rouge peu abondant. Seins durs et douloureux donnant du lait en abondance. Il y a eu un nouveau frisson dans la nuit.

Le 11. Nouveau frisson la nuit dernière. Face tirée, bistre. Le soir, douleur dans les fosses iliaques. Pas d'empâtement. Perte abondante accrue par le moindre mouvement que fait la malade dans son lit. Seins encore douloureux. Lait abondant. Bon appétit, pas de selles. Pouls plein, 120. Peau en moiteur. L'utérus encore bien au-dessus du pubis. Toujours insomnie.

Le 12, au matin. Nouveau frisson (de deux heures y compris la transpiration consécutive) la nuit dernière, syncope avant le frisson. Pas de selles. Lavement purgatif avec huile de ricin.

Le 12, au soir. Le lavement n'a pas produit de selles. Ventre encore douloureux, modérément tendu. Ecoulement supprimé depuis la syncope. Pouls fréquent, fort, 128. Peau moite. Céphalalgie.

Le 13, au matin. Pas de frisson cette nuit. Le pouls est à 124. Le ventre toujours uniformément douloureux. Pression de la main assez bien supportée. Langue couverte d'un enduit jaunâtre. Nausées. — Ipéca en poudre, 1,50; cataplasmes huilés sur le ventre.

Le 13, au soir. La malade a eu un frisson de deux heures à neuf heures du matin. Actuellement, transpiration abondante. L'ipéca n'a pas encore fait vomir : il a un peu augmenté la douleur abdominale, du reste le ventre reste souple. Le pouls a 124, assez fort. La céphalalgie persiste. Deux selles dans la nuit.

Le 14, au matin. Un nouveau frisson cette nuit. Ventre douloureux toujours un peu. Pouls à 108, irrégulier quant au rhythme. Un peu de dysphée. Sans phénomènes stéthoscopiques. L'haleine fétide. Lavement avec extrait de quina, 4 grammes; sulfate de quinine, 50 centigrammes; décoction de valériane, 20 grammes; potion avec quina en poudre; sirop simple.

Le 14, au soir. Nouveau frisson ce soir. Le ventre est un peu moins douloureux. Pas de selles aujourd'hui. Bouche amère, langue humide, un peu blanche. Pouls à 152, petit. Transpiration abondante. Intelligence intacte. Toujours insomnie. L'utérus déborde à peine le pubis.

Le 15, au matin. Encore un frisson à onze heures du soir. Insomnie, céphalalgie. Pouls à 128, un peu plus fort qu'hier soir. Toujours dyspnée. Traitement *idem,* de plus : thé, 1,000; rhum, 60.

Le 15, au soir. La malade n'a pas eu de frisson aujourd'hui. La céphalalgie persiste. Toutes les articulations des membres, même celles des phalanges, sont douloureuses pendant les mouvements, indolentes le reste du temps, ni chaudes, ni rouges, ni tuméfiées. Douleur permanente dans les cuisses et les mollets ainsi que dans les masses musculaires du cou. Toux, sans phénomènes stéthoscopiques. Ventre souple, peu chaud, presque douloureux. La malade perd beaucoup de lait, inappétence. Pouls assez fort, très-régulier, 120.

Le 16, au matin. La malade a eu un frisson dans la nuit. Les douleurs articulaires persistent.

Le 16, au soir. Frisson ce soir vers deux heures et demie. La malade en transpiration. La température du corps n'est du reste pas abaissée dans ce frisson (du moins d'une façon apparente pas plus que dans les frissons antérieurs). Grande gène de la respiration. Les inspirations sont convulsives, marquées d'un gémissement. La céphalalgie est toujours très-violente. Les douleurs articulaires per-

sistent même dans l'immobilité (ce sont, dit la malade, comme des piqûres d'épingles. Le sommeil de la nuit dernière a été très-agité, cauchemar.

Le 17, au matin. Pas de frisson dans la nuit. Les douleurs articulaires sont les mêmes, pas de selles cette nuit. Pouls assez fort, régulier, 100.

Le 17, au soir. Pas de frisson dans la journée. Pouls, 112.

Le 18, au matin. Pas de frisson cette nuit. L'embarras gastrique persiste. Huile de ricin, 30 grammes en lavement.

Le 18, au soir. Pas de frisson durant la journée. La face n'est plus bistrée, elle a repris un peu de couleur. Bien-être relatif. Les douleurs articulaires sont moindres, la gène de la respiration aussi. Quelques râles sonores dans les deux poumons. Ventre toujours souple. Bouche moins amère. Encore inappétence, pas de selles dans la journée. Pouls à 104, assez fort. Plus de transpiration, température normale.

Toutes les prescriptions sont supprimées. Pour boisson : eau sucrée.

Le 19. De toutes les douleurs articulaires, il ne reste plus qu'un peu de roideur dans les deux épaules. Le ventre est tout à fait souple, indolent. Selles dans la journée. Ce soir, température un peu élevée. Pouls à 104, régulier. L'appétit a reparu. Bouillon, poulet.

Le 20. Les lochies ont reparu, rosées, de très-mauvaise odeur.

Le 21. Les forces reviennent, les digestions se font bien; selles régulières. Dès ce jour l'amélioration va régulièrement croissante jusqu'au jour où la malade sort à peu près complétement remise, le 2 décembre 1867.

Reflexions. — Il est probable que chaque exacerbation fébrile indiquait une extension de la phlébite à de nouvelles parties de l'utérus; la teinte bistrée de la peau en était encore un symptôme. Il n'y a eu ni infection purulente, ni infection putride, ni abcès.

Dans la convalescence d'une fièvre puerpérale, trois ou quatre semaines après l'accouchement, se montrent quelquefois des frissons assez régulièrement répétés tous les soirs et suivis d'un accès de fièvre complet. Ce n'est pas toujours un abcès péri-utérin qui s'annonce.

On peut voir des collections purulentes multiples surgir indistinctement sur toutes les parties du corps. On a quelquefois donné le nom de fièvre puerpérale à forme d'infection purulente à cette manifestation tardive. Cette expression est très-impropre. Rien ne rappelle là une pyhoémie, qui commencerait par de tout autres symptômes, comme nous le verrons plus loin. Ces abcès sont dus à une disposition particulière de l'économie, disposition créée par le passage du miasme puerpéral et caractérisée par une tendance extraordinaire à la suppuration; ils sont en tout point analogues à ceux qu'on rencontre après les autres pyrexies : la variole, par exemple.

Cette pullulation d'abcès est assez rare; je n'en ai observé qu'un cas, bien que j'aie suivi la convalescence de la plupart des malades atteintes de fièvre puerpérale pendant l'épidémie de l'été dernier. J'en reproduis ici l'observation.

OBSERVATION XV.

Fièvre puerpérale. — Frisson initial unique. — Frissons répétés pendant la convalescence. — Abcès multiples. — Guérison.

Françoise Rostain, 20 ans, né à Vénissieux (Rhône), habite Lyon depuis trois ans. Réglée à 14 ans, et depuis lors la menstruation parut régulièrement toutes les semaines. Dernières règles le 28 septembre 1866. Aucun accident pendant la grossesse.

Entrée à la Charité le 3 juillet 1867. Les douleurs commencent le même jour à sept heures du soir, et l'accouchement se termine le lendemain 4 juillet, à deux heures de l'après-midi.

Immédiatement après l'expulsion du fœtus, frisson assez vif de dix minutes avec claquements de dents. Réaction douce et calme, sommeil et sueur toute la soirée. Pouls, 60; ventre souple; utérus et annexes indolores.

5 juillet. Le matin, aucun malaise et aucune douleur locale à la palpation du ventre. Pouls, 64.

Dans la journée, la malade éprouve quelques tiraillements dans les lombes.

Le soir, à cinq heures. On trouve un peu de douleur en palpant les ligaments larges suivant les préceptes de M. Béhier. Pouls, 100.

A cinq heures et demie, frisson excessivement violent. Les dents claquent pendant plus d'une heure, bien que l'on s'empresse de réchauffer artificiellement la malade, en l'enveloppant de linges chauds, de coton, et en lui donnant des infusions chaudes, du rhum et de la liqueur de la Chartreuse.

A neuf heures du soir, la réaction est très-vive; la peau chaude, inondée de sueur; la langue blanche, humide; la céphalalgie considérable. Pouls, 139. Utérus et annexes devenus très-douloureux depuis le frisson. Les lochies, assez abondantes, se sont momentanément arrêtées pendant le frisson; elles ont recommencé plus tard à la suite de l'application de cataplasmes sur le ventre. — Thé, 40 gr. de rhum; potion, 2 gr. de sulfate de quinine; vésicatoire sur le ventre.

Le 6. Nuit très-agitée. Chaleur de la peau toujours la même. On est obligé de sonder la malade pour la faire uriner. Ventre indolore au pincement et à la pression au-dessus de l'ombilic. Utérus à deux doigts de l'ombilic. Le corps de cet organe et les annexes sont très-douloureux à la palpation. Céphalalgie moindre; respiration courte, précipitée, fréquente. Pouls, 140.—Potion; 2 gr. extrait de quina; vin d'Espagne, 100 gr.; eau de menthe, 40 gr.; sirop de pivoine, 30 gr.

Le 7. Nuit meilleure; peau moins chaude; plusieurs selles diarrhéiques à la suite de quelques coliques; gonflement léger des seins; même état de l'utérus. Pouls, 120.

Le 8. Sommeil plus tranquille. Les coliques continuent avec de la diarrhée. L'urination est normale. La douleur de l'utérus et des annexes est très-notablement diminuée. Lochies abondantes et fétides. Le gonflement des seins a fait de légers progrès. Pouls, 116.

Le 9. Amélioration considérable de l'état général. Utérus à quatre doigts de l'ombilic. Le gonflement des seins et la fluxion laiteuse se confirment. Lochies toujours abondantes; elles sont uniquement purulentes. Céphalalgie disparue. Pouls, 100.

Le 11. L'utérus et les annexes ne présentent plus aucune douleur ni aucun gonflement. Les seins sont tuméfiés et perdent beaucoup de lait. Les lochies sont diminuées et n'ont plus d'odeur. Pouls, 96, assez fort.

Le 12. Le gonflement des seins disparaît. Depuis hier soir, la

malade éprouve une recrudescence de la fièvre et de la céphalalgie. Peau chaude, langue blanche; utérus et annexes toujours indolores. Aucun état local appréciable ne peut rendre compte de la fièvre. Pouls, 112.

Le 13. Le mouvement fébrile d'hier a disparu. Utérus à six doigts de l'ombilic; aucune douleur dans le ventre. La diarrhée est guérie. Pouls, 92:

Le 14. La malade sort en assez bon état, ne conservant que de la faiblesse générale. Pouls, 88.

La malade rentre à l'Hôtel-Dieu le 24 juillet, salle Saint-Paul, n° 103 (service de M. Ollier).

Elle raconte que depuis cinq jours elle a repris de la fièvre, de la céphalalgie et des frissons qui revenaient assez régulièrement tous les soirs, entre quatre et huit heures; c'étaient de petites horripilations, au nombre de trois ou quatre, alternant avec des bouffées de chaleur et se terminant par des sueurs profuses qui duraient toute la nuit. Elle a vu paraître, trois jours après le début de la fièvre, un gonflement inflammatoire sur la face externe de la jambe.

Deux jours après son entrée à l'hôpital, on constate un abcès paraissant formé depuis la veille et on donne ouverture au pus.

Les frissons et la fièvre, momentanément interrompus, recommencent le 28 avec les mêmes caractères. Un autre abcès se forme sur la face dorsale de l'avant-bras; on l'ouvre avec le bistouri. Les frissons répétées et la fièvre continuent pendant cinq ou six jours, jusqu'à ce qu'on ait ouvert une dernière collection purulente qui se développe à la partie inférieure de la cuisse.

Enfin, la malade sort de l'Hôtel-Dieu complétement guérie, après y avoir fait un séjour de trois semaines.

§ IV. — *Du frisson dans les accidents légers puerpéraux.*

Nous avons remarqué plus haut, dans une courte discussion sur l'existence de la fièvre puerpérale, qu'on observe quelquefois, dans les deux ou trois premiers jours des suites de couches, des mouvements fébriles légers liés à une douleur de l'utérus et des ligaments larges. La fréquence de ces malaises augmente dans des proportions tellement considérables pendant les temps

d'épidémies, que l'influence du miasme puerpéral est ici évidente : c'est à son action passagère que tient ce trouble momentané. M. P. Dubois a signalé ces accidents dans ses communications à l'Académie de médecine; il a insisté sur leur analogie avec la fièvre puerpérale confirmée et les a considérés comme des avant-coureurs des épidémies : il les a désignés tantôt sous le nom d'embarras gastriques, tantôt sous celui de métrites, de phlébites, d'ovarites limitées. Ces localisations existent en effet, mais, aussi bien que dans la fièvre puerpérale, elles ne sont que secondaires. C'est l'agent miasmatique qui les détermine, à la suite d'une influence spéciale sur toute l'économie; et, si ces accidents se transmettent par contagion à une autre accouchée, ils peuvent donner naissance à une fièvre puerpérale confirmée, comme une syphilis bénigne produit une syphilis grave; une varioloïde discrète, une variole confluente.

Les principaux symptômes qui caractérisent ces malaises sont très-lucidement expliqués par M. Dubois; après avoir exposé les suites de couches physiologiques, le vénérable académicien ajoute :

« On voit, à certaines époques, succéder à des convalescences faciles et durables quelques cas pathologiques caractérisés par un frisson initial, une réaction fébrile prononcée, la rougeur de la face, une vive céphalalgie, la teinte jaune ou blanche de la langue sans sécheresse, une respiration seulement accélérée, une douleur ordinairement tolérable vers la région inférieure de l'abdomen, ne s'étendant presque jamais au-dessus de la région ombilicale, et dont les parties latérales et supérieures de l'utérus paraissent être le siége. Cet organe, plus ou moins sensible à la pression, se dessine

sous les parois molles, qui en laissent voir et sentir le relief.

« Ces phénomènes pathologiques se manifestant en général un peu avant l'époque où commence la sécrétion du lait et la turgescence des mamelles, cette fonction en est presque toujours troublée, et au moins momentanément suspendue.

« Cet état pathologique qui se présente sous deux formes distinctes, la forme bilieuse et la forme inflammatoire, occupe, au point de vue de sa fréquence relative, une place considérable dans la pathologie de la femme en couche, et j'ajouterai qu'il est ordinairement et quelquefois même rapidement guérissable. » (1)

Fréquence. — Le frisson que signale avec raison M. Dubois est aussi fréquent dans les accidents qui nous occupent que dans la fièvre puerpérale confirmée. Il n'a manqué que 3 fois sur 71 cas : une statistique dressée sur les observations que j'ai recueillies indiquerait même une plus grande fréquence que dans la fièvre puerpérale grave, où ce symptôme, on se le rappelle, a manqué 5 fois sur 55.

Caractères généraux. — Les caractères de ce frisson ne sont pas tout à fait les mêmes que ceux étudiés dans la fièvre puerpérale grave. On peut résumer ces différences en disant : qu'il débute habituellement à une époque un peu plus éloignée de l'accouchement, que son intensité est moindre, ses caractères thermiques moins tranchés et sa répétition plus fréquente.

(1) P. Dubois, Académie de médecine, 20 mars 1858.

Ce frisson survient la nuit ou le matin au réveil. C'est tantôt une simple sensation de froid, tantôt un frissonnement plus accusé, tantôt un rigor avec tremblement général et claquement de dents. Il peut avoir une intensité aussi violente que s'il annonçait une fièvre puerpérale grave ; mais sa durée est beaucoup moindre, elle dépasse rarement dix minutes dans ces cas violents ; elle va jusqu'à une demi-heure quand ce n'est qu'une horripilation ; très-rarement elle se prolonge au delà de ce terme. La répétition, disons-nous, est plus fréquente, mais elle a toujours lieu dans les premières vingt-quatre heures du mouvement fébrile ; ce n'est qu'un frisson initial dédoublé en plusieurs accès ; la répétition tardive n'a jamais lieu dans les cas que nous étudions ; si elle se présentait, on aurait affaire à une véritable fièvre puerpérale ou à une complication intercurrente. Aussi nous n'avons ici à étudier qu'une seule variété de frisson, c'est le frisson initial. Quant il est dédoublé, il se manifeste par deux frissonnements, ou bien un frissonnement et un rigor, à environ deux heures de distance, séparés par des intervalles de chaleur ; la sueur ne vient qu'après le dernier accès d'algidité.

Les malades souffrent beaucoup moins qu'au debut de la fièvre puerpérale, le frisson a beau être violent. il n'occasionne jamais les angoisses qui ont été décrites plus haut. La face est rouge, vultueuse, mais elle n'a pas l'expression d'inquiétude et de douleur qui signale le début de la forme grave de la pyrexie.

Caractères thermiques. — Le thermomètre nous donne des différences plus précises encore : nous l'avons vu

accuser 40° ou 41° au début de la fièvre puerpérale, il dépasse rarément 39° ou 39°,5 dans les cas qui nous occupent actuellement, et se maintient entre 38° et 37°,5 pendant toute la durée du mouvement fébrile. Je rapporte à l'appui de cette assertion quelques-unes de mes observations où l'état de la température a été le plus exactement noté.

OBSERVATION XVI.

Accidents puerpéraux. — Mouvement fébrile assez considérable. — Frisson initial dédoublé. — État de la température. — Guérison.

Marie Sandraux, 27 ans. Menstruation régulière; dernières règles le 30 décembre 1866. Primipare. Le travail commence le 10 octobre à une heure du matin et se termine le même jour à midi. Délivrance naturelle.

Frisson d'un quart d'heure après l'expulsion du fœtus, froid et tremblement général sans claquement de dents. Sueur modérée dans la soirée. Pouls, 84; température, 36°,8.

Le 11. Aucun malaise. Le ventre est souple, l'utérus, les ligaments larges ne présentent ni douleur, ni gonflement. Lochies sanguines modérées. Pouls, 72; température, 37°.

Le soir. Pouls, 72 ; température, 36°,6.

Le 12. Utérus à trois doigts de l'ombilic. Peau fraîche. Les seins commencent à se tuméfier. Aucun malaise. Pouls, 76; température, 36°,8.

Le soir. Pouls, 80; température, 37°.

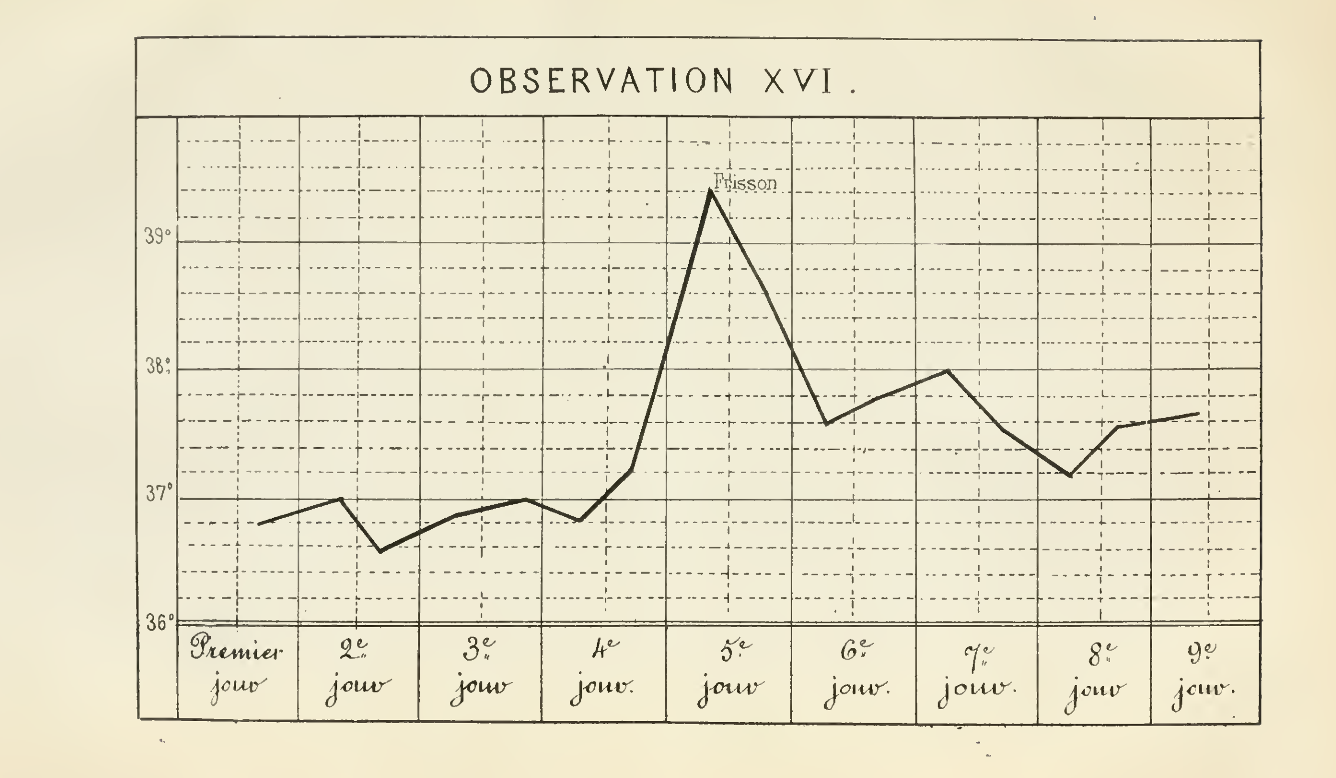
Le 13. Les seins sont gonflés, durs et douloureux, mais ils ne coulent pas encore. Utérus à quatre doigts de l'ombilic. Aucune fièvre. Lochies séro-purulentes. Pouls, 72; température, 36°,8.

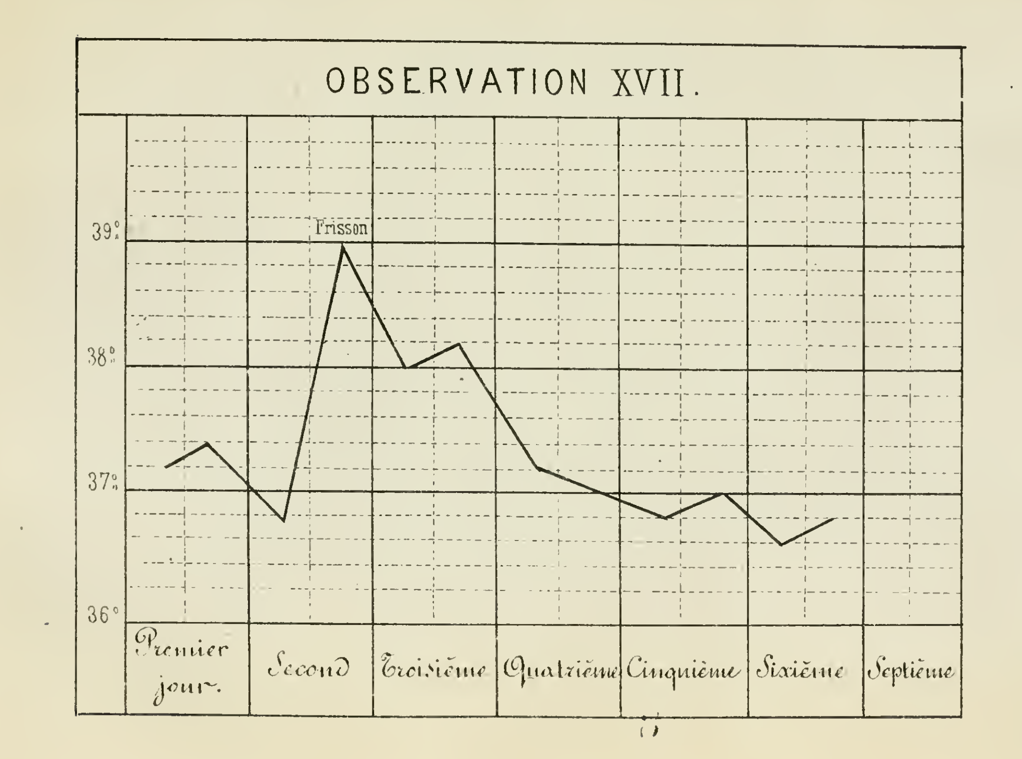
Le soir. Pouls, 80; température, 37°,2.

Le 14. Ce matin, après s'être levée, la malade a pris un frisson assez vif, caractérisé par un tremblement général et un claquement de dents; sa durée a été de dix minutes. La chaleur qui l'a suivi est assez modérée. Utérus à quatre doigts de l'ombilic, douloureux à la pression. Il n'y a pas eu de selles depuis l'accouchement.

Pouls, 96; température, 39°,4 pendant le frisson.

Le soir, la malade raconte avoir encore eu plusieurs fois dans la


OBSERVATION XVI.
Frisson
39°
38°
37°
36°
Premier jour
2e jour
3e jour
4e jour.
5e jour
6e jour.
7e jour.
8e jour
9e jour.


OBSERVATION XVII.
39°
38°
37°
36°
Frisson
Premier jour.
Second
Troisième
Quatrième
Cinquième
Sixième
Septième

journée des alternatives de chaleur et de frisson léger. La sueur s'est établie dans l'après-midi. Elle est assez considérable, sans être trop pénible.

Pouls, 100; température, 38°,8.

Le 15. Encore un peu de céphalalgie; malaise général moindre. L'état de l'utérus est le même qu'hier. Le gonflement des seins a rapidement disparu; il s'est à peine écoulé quelques gouttes de lait.

Pouls, 104; température, 37°,6. — Tisane tilleul et bourrache; potion 0,05 centigr. extrait thébaïque, 30 gr. sirop d'aconit.

Le soir. Pouls, 108; température, 37°,8.

Le 16. La malade accuse une douleur très-accusée dans la fosse iliaque droite. La peau est couverte de sueur. Quelques selles diarrhéiques. Utérus à quatre doigts de l'ombilic, toujours dur et douloureux. Tousse un peu. Pouls, 100; température, 38°.

Le soir. Pouls, 96; température, 37°,6.

Le 17. Aucun malaise général. Il n'y a plus de céphalalgie. Il ne reste qu'un peu de douleur à la pression sur la corne droite de l'utérus. Pouls, 100; température, 37°,2.

Le soir. Pouls, 100; température, 37°,6.

Le 18. La fosse iliaque droite est bien moins douloureuse qu'hier. La diarrhée n'existe plus. Pouls, 80; température, 37°.

Le soir. Pouls, 84; température, 37°.

Le 19. Aucun malaise général ni local; la malade sort en assez bon état, ne conservant qu'un peu de faiblesse. Pouls, 76; température, 36°,6.

OBSERVATION XVII.

Accidents puerpéraux légers. — Frisson unique. — État de la température. — Guérison.

Claudine Brochet, 31 ans. Menstruation peu régulière. Dernières règles le 13 décembre 1866. Multipare. Vomissement pendant les deux premiers mois de la grossesse. Le travail commence le 7 octobre, à trois heures de l'après-midi, et se termine à huit heures du soir.

Frisson immédiatement après l'expulsion du fœtus.

Réaction modérée, un peu de sueur. Quelques tranchées utérines.

Le 8. Utérus à trois doigts de l'ombilic. Aucune douleur à la palpation de l'abdomen. Lochies normales. Pouls, 64; température, 37°,4.

Le soir. Pouls, 64; température, 37°,4.

Le 9. Aucun malaise. Les seins ne sont encore nullement gonflés. Pouls, 64; température, 36°,8.

Le soir, à quatre heures, la malade a pris un frisson assez vif qui ne s'est toutefois pas accompagné de claquement de dents. Réaction assez modérée. Chaleur humide; céphalalgie. Le ventre est douloureux à la pression au-dessous de l'ombilic, au niveau des ligaments larges et de l'utérus. Le gonflement des seins n'a pas encore commencé.

Pouls, 92; température, 39° pendant le frisson. — Potion eau de laitue, 150 grammes; sirop. d'aconit, 40 grammes.

Le 10. Amélioration de l'état général. La céphalalgie a disparu cette nuit. Utérus et annexes moins douloureux à la pression. Les seins commencent à se tuméfier et à devenir douloureux. Pouls, 84 ; température, 38°.

Le soir. Pouls, 84; température, 38°,2.

Le 11. La douleur des fosses iliaques a disparu; l'utérus est indolore à la pression ; son fond est à quatre doigts de l'ombilic. Les seins sont gonflés et perdent du lait. Pouls, 84; température, 37°,2.

Le soir. Pouls, 84 ; température, 37°,4.

Le 12. Les seins continuent à couler. Aucun malaise. Lochies séro-purulentes très-diminuées. Pouls, 80; température, 36°,8.

Le soir. Pouls, 80 ; température, 37°.

Le 13. Pouls, 76; température, 36°,6.

Le soir. Pouls, 76 ; température, 36°,8.

Le 14. Sort en très-bon état.

OBSERVATION XVIII.

Accidents puerpéraux. — Frisson unique. — État de la température. — Guérison.

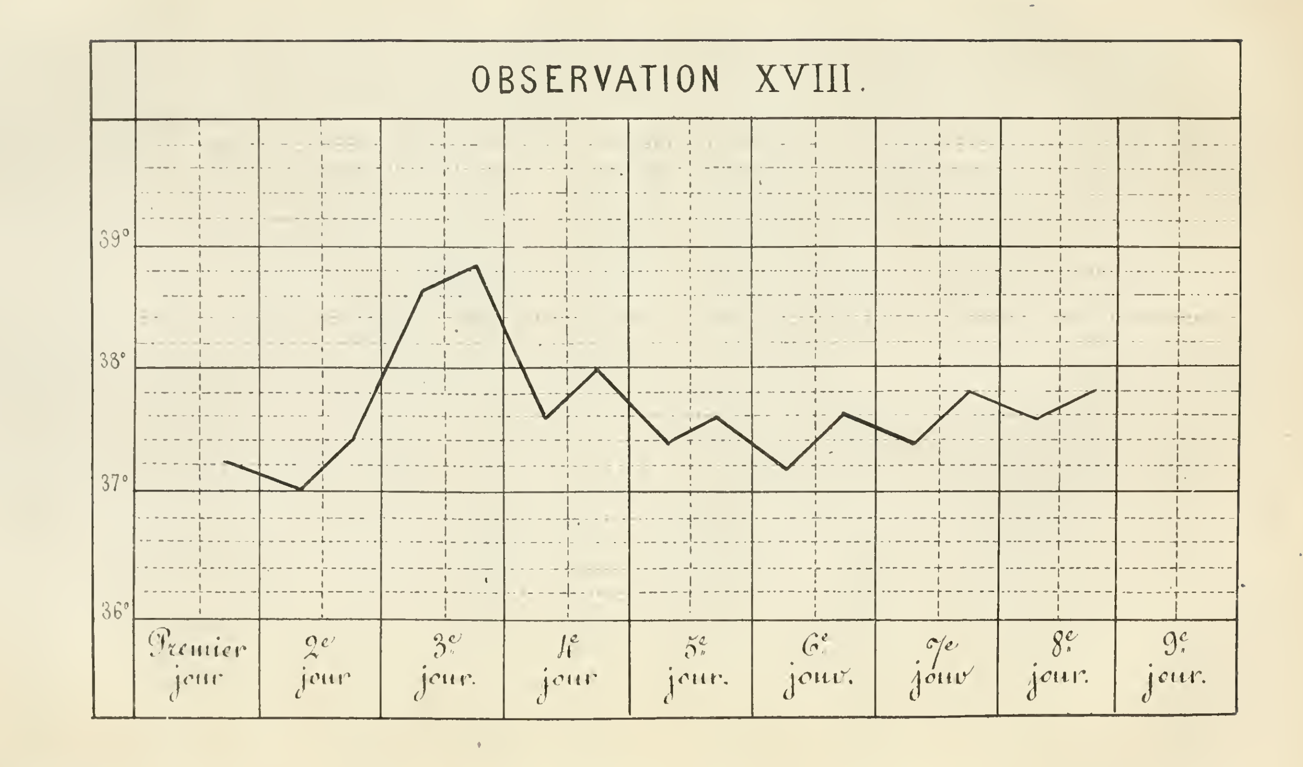
Suzanne Lannier, 20 ans. Menstruation irrégulière paraissant toutes les six semaines ou tous les mois. Dernières règles le 3 janvier 1867. Grossesse sans accidents. Primipare.

Le travail commence le 22 octobre à six heures du matin et se termine le même jour à quatre heures de l'après-midi. Délivrance naturelle.

Frisson immédiatement après l'expulsion du fœtus; horripilation de dix minutes. Réaction modérée; sueur douce pendant la soirée.

Pouls, 60; température, 37°,2.

Le 23. Aucun malaise ce matin. Utérus indolore; annexes sou-


OBSERVATION XVIII.
39°
38°
37°
36°
Premier jour
2e jour
3e jour.
4e jour
5e jour.
6e jour.
7e jour
8e jour.
9e jour.

ples. Lochies sanguines peu abondantes. Aucune fluxion sur les seins.

Pouls, 64; température, 37°.

Le soir, pouls, 68; température, 37°,4.

Le 25. Cette nuit, au moment où la malade rentrait dans son lit après avoir uriné, frisson de peu d'intensité, d'environ une demi-heure, avec chair de poule; il n'y pas eu tremblement des membres ni claquement de dents.

Utérus à trois doigts de l'ombilic, douloureux à la pression depuis aujourd'hui.

Aucun gonflement des seins. (2 grammes de sulfate de quinine.) Le matin, pendant la réaction et la sueur du frisson qui est assez considérable; pouls, 120; température, 38°,6.

Le soir, pouls, 120; température, 38°,8.

Le 26. La peau est encore chaude. L'état de l'utérus est le même. Un peu de diarrhée. Pouls, 120; température, 37°,6.

Le soir. Pouls, 120; peau très-chaude. Température, 38°.

Le 27. Même état.

Pouls, 116; température, 37°,4.

Le soir. Pouls, 120; température, 37°,6. — Potion eau de laitue, 150 gr.; alcoolature d'aconit, 2 gr.; sirop de pavots blancs, 30 grammes.

Le 28. Toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen est douloureuse à la pression. Le gonflement des seins commence à s'effectuer.

Pouls, 120; température, 37°,2.

Le soir. Pouls, 120; température, 37°,6.

Le 29. La douleur de l'utérus est diminuée. Les seins, à peine gonflés, perdent un peu de lait.

Pouls, 120; température, 37°,4.

Le soir. Il y a eu quelques selles diarrhéiques dans la journée. Pouls, 124; température, 37°,8.

Le 30. La malade a souffert dans l'hypogastre; fièvre plus vive cette nuit. La douleur utérine n'est cependant pas plus forte qu'hier. Le gonflement des seins disparaît. La diarrhée a cessé. Lochies presque supprimées.

Pouls, 120; température, 37°,6.

Le soir. Pouls, 120. Température, 37°,8.

Le 31. Amélioration considérable. La douleur du ventre est infiniment moindre qu'hier. Pouls, 104. Température, 36°,8.

Le soir. Pouls, 108. Température, 37°.

1er septembre. La malade passe à l'Hôtel-Dieu pour achever sa convalescence. Elle ne conserve qu'un peu de faiblesse générale. Sortie guérie de l'Hôtel-Dieu après un séjour d'une semaine.

La conclusion de ces observations, au point de vue spécial qui nous occupe, est que la température maximum pendant le frisson initial des accidents légers puerpéraux est 39°,5.

Epoque de l'apparition du frisson. — Nous allons encore sur ce point trouver quelques différences entre le frisson des accidents légers et celui de la fièvre puerpérale.

Nous avons vu le frisson initial de la forme grave débuter surtout dans les premières vingt-quatre heures de. l'accouchement.

Dans les cas que nous étudions, il a lieu presque indifféremment le deuxième ou le troisième jour après la parturition.

On pourra s'en convaincre en comparant le tableau ci-après avec ceux du frisson initial de la fièvre puerpérale.

Epoque de l'apparition du frisson initial des accidents légers puerpéraux sur 68 cas.

Avant l'accouchement	0
Immédiatement ou peu après l'accouchement	1
Un jour après l'accouchement	21
Deux jours après l'accouchement	19
Trois jours après	9
Quatre jours	6
Cinq jours	8
Six jours	4
Sept jours et plus tard	0

Symptômes concomitants. — Le frisson est accompa-

gné de symptômes qui peuvent être considérés comme les diminutifs de ceux de la fièvre puerpérale.

Le pouls monte au-dessus de 100 pulsations, il ne dépasse pas 120 ; s'il va plus haut, la scène change, c'est une fièvre puerpérale qui se déclare. Il est un peu faible, mais il n'a pas ces caractères de petitesse et d'irrégularité qu'on rencontre dans la forme grave.

La douleur de l'utérus et des ligaments larges est un phénomène aussi constant et presque aussi accusé que dans la fièvre puerpérale. C'est qu'en effet les phénomènes locaux, phlébite utérine et gonflement des annexes, sont les mêmes, bien que n'atteignant pas un degré aussi prononcé. C'est ici surtout que, pour constater ces symptômes locaux, il faut se rappeler toutes les minuties et toute l'attention que recommande M. Béhier. Il est probable qu'avant les indications et les préceptes du professeur de la Pitié, plusieurs des cas que nous signalons ont été méconnus ou pris pour des fièvres de lait. Nous ferons plus loin le diagnostic différentiel de ces deux mouvements fébriles. La douleur ne s'élève jamais au-dessus de l'ombilic.

Les lochies ne sont qu'exceptionnellement diminuées par ce frisson ; habituellement l'écoulement n'est nullement influencé.

Le gonflement régulier des seins est souvent troublé par les accidents puerpéraux ; il est retardé, quand le frisson survient le premier jour des suites de couches, il ne s'effectue alors que trois ou quatre jours plus tard. Il est entravé, et les seins s'affaissent rapidement, quand les accidents ne surviennent qu'après la montée du lait. Quelquefois la fluxion laiteuse s'effectue quand même, à son époque ordinaire, sans être nullement influencée par le

frisson, le mouvement fébrile, ou par le gonflement périutérin.

§ V. — *Diagnostic et pronostic du frisson de la fièvre puerpérale et des accidents puerpéraux légers.*

Les développements dans lesquels nous venons d'entrer laissent pressentir que le diagnostic sera très-difficile et très-incertain, si l'on s'en tient aux seuls caractères du frisson. On ne pourra même pas toujours conclure d'une manière précise en faisant entrer en ligne de compte l'époque de l'apparition et l'élévation de la température. Sans doute ces deux considérations seront d'un très-grand secours pour asseoir le jugement, mais elles donneront seulement des présomptions et des probabilités, et nullement une certitude sur la gravité de la complication qui va survenir.

Le frisson des douleurs ne peut que rarement être confondu avec la fièvre puerpérale ; la pyrexie épidémique ne débute presque jamais pendant le travail, il y en a cependant des exemples, nous avons eu l'occasion de signaler celui que M. Bouchacourt a observé pendant un accouchement prématuré artificiel. Le frisson des douleurs est moins violent, plus court que celui de la fièvre puerpérale ; il se fait plus particulièrement sentir vers la fin du travail, quand la dilatation est laborieuse, au moment du summum d'intensité de la douleur; il continue une ou deux minutes après la contraction, s'arrête, et recommence à la douleur suivante. Le frisson de la fièvre puerpérale est au contraire unique.

Le frisson de l'expulsion ne se manifeste qu'immédiatement après la sortie du fœtus, il n'est ordinairement qu'une horripilation, il dure seulement dix minu-

tes; ce n'est que très-exceptionnellement qu'il continue plus d'un quart d'heure.

Le frisson de la délivrance pourrait plus fréquemment être une cause d'erreur. Il a lieu à un moment où il est déjà moins rare d'observer le début de la fièvre puerpérale : j'ai vu un cas où un frisson excessivement grave a commencé dix minutes après l'extraction du placenta. Ce frisson dura plus d'une demi-heure avec tremblement général et claquement de dents continuel, le facies eut, pendant la crise, l'expression d'inquiétude que nous avons signalée, et le thermomètre appliqué sous l'aisselle marqua 40°2. On trouve dans tous les auteurs des faits analogues : MM. Jonhston et Sinclair, dans leur *Practical midwifery*, rapportent un de ces faits intéressants où la fièvre puerpérale débuta une demi-heure après l'accouchement, c'est la *Note* 30th; elle commence par ces mots : « *Half an hour after an ordinary labour*..., etc. » La distinction n'est pas toujours facile au premier abord : le frisson est plus vif, plus long que celui de l'expulsion, il pourrait effrayer ceux qui n'auraient pas l'habitude des accouchements. D'un autre côté, nous avons vu la fièvre puerpérale débuter quelquefois par un frisson de peu d'intensité : l'hésitation est donc permise un moment, si l'on ne s'en tient qu'aux caractères extérieurs et superficiels du symptôme. Il faut alors recourir à l'emploi du thermomètre : le degré de la température axillaire donnera des indications très-précieuses sur la signification du frisson ; cela, aussi bien pour le frisson des douleurs et de l'expulsion, que pour celui de la délivrance. Nous avons étudié plus haut les caractères thermiques de ces différents frissons, il sera très-facile d'en déduire le diagnostic.

Toutes les fois qu'une parturiente, lors même qu'elle est en proie à un rigor avec claquement de dents, n'accuse qu'une température axillaire de 37° ou 37°,5, elle n'a qu'un frisson de l'accouchement et ne court aucun danger. Pour plus de certitude, cependant, on examinera les symptômes concomitants, on trouvera dans une physionomie parfaitement naturelle, dans l'absence d'accélération du pouls, des caractères encore plus positifs qui confirmeront les indications du thermomètre. Enfin, la palpation de l'abdomen ne fera ressentir à la malade qu'un peu d'endolorissement général, on ne trouvera ni la douleur fixe de l'utérus, ni le gonflement des ligaments larges qui sont, avons-nous dit, les indices les plus certains de la fièvre puerpérale.

Nous étudierons plus loin les caractères qui distinguent le frisson dans l'infection purulente, la fièvre de lait, la fièvre gastro-entérique, la fièvre éphémère, etc., nous ferons ce diagnostic à propos de l'étude du frisson dans chacune de ces maladies; nous n'avons plus actuellement qu'à résumer les différences entre le frisson de la fièvre puerpérale confirmée et celui des accidents légers puerpéraux. Cela revient à examiner si, une fois l'intoxication puerpérale établie, le frisson a des caractères propres suffisants pour prédire l'avenir de la maladie. C'est la question que nous allons immédiatement discuter, en étudiant le pronostic.

On peut admettre comme des règles générales ces deux propositions :

1° Un frisson très-violent, survenant le jour ou le lendemain de l'accouchement, s'accompagnant d'un claquement de dents, de l'altération des traits et d'une

température axillaire de 40° ou 41°, est très-grave et annonce ordinairement une fièvre puerpérale.

2° Un frisson survenant le lendemain ou le surlendemain de l'accouchement avec moins de violence , se dédoublant en deux frissonnements qui paraissent à quelques instants d'intervalle , et qui n'occasionnent qu'un faible accroissement de la chaleur axillaire, 39° ou 39°,5 au plus, est beaucoup moins sérieux et ne présage qu'un accident puerpéral léger, rapidement guérissable.

Cette seconde proposition souffre des exceptions tellement nombreuses, qu'il faudra toujours un examen très-minutieux des symptômes abdominaux avant de porter le pronostic; encore dans certains cas, comme nous allons le voir, ce pronostic sera impossible le premier jour, et le médecin devra réserver son jugement. On pourra, dans certaines circonstances, être sûr, au premier abord de la gravité du frisson et porter tout de suite un pronostic désespéré; on ne sera jamais, le premier jour, certain de la bénignité des accidents. Mais il est bien entendu que, pour porter ce pronostic désespéré, on ne devra jamais se fonder uniquement sur le frisson. M. Voillemier fait observer qu'une émotion morale, une impression du froid, peut, chez une nouvelle accouchée, occasionner un frisson plus ou moins intense, suivi d'un mouvement fébrile plus ou moius prolongé, sans qu'il en résulte aucun accident bien grave ; cela est accordé par tout le monde. « Mais, ajoute le même auteur, en temps d'épidémie, on peut affirmer que tout frisson bien caractérisé est une fièvre puerpérale » (1). Cette

(1) Voillemier, De la fièvre puerpérale (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1839).

affirmation est un peu hasardée : en temps d'épidémie, et dans un hôpital, une émotion morale peut occasionner un frisson, sans plus de gravité que si l'on était à la campagne, loin de tout foyer de contagion.

En temps d'épidémie, on observe fréquemment un frisson bien caractérisée qui n'est que le prélude des accidents puerpéraux légers. La proposition de M. Voillemier est beaucoup trop générale. En commençant cet article, nous avons remarqué que, pour conclure à la fièvre puerpérale, il fallait le concours de quelques autres signes tirés de la température du corps, de l'altération des traits et de l'accélération du pouls. Ce n'est qu'après les avoir constatés qu'on aura de très-grandes probabilités de voir survenir une fièvre puerpérale; la certitude complète ne sera acquise que sur la présence dans les fosses iliaques d'un cordon induré des ligaments larges, sensible quelques heures après le début de la pyrexie. Dans ces circonstances, on a environ une chance de guérison sur trois malades. Dans quelques épidémies, la gravité est plus grande encore. Si la douleur abdominale se fait sentir au-dessus de l'ombilic, jusqu'aux hypochondres, le cas est fatalement mortel.

Quand le frisson est moins violent et plus tardif, il annonce d'ordinaire, avons-nous dit, un accident puerpéral léger ; mais ce même frisson, de peu d'intensité, est quelquefois le premier symptôme d'une fièvre puerpérale ; dans ces cas, le pouls est à 120, la température à 39° ou 39°,5, les symptômes concomitants sont identiques. Aucun diagnostic certain et par conséquent aucun pronostic ne peuvent être portés sur le moment. On doit attendre pour se prononcer ; la marche de la maladie permettra, au bout de vingt-quatre ou de trente-six heures seulement, d'avoir une opinion assurée.

La répétition du frisson n'est pas grave par elle-même, quand elle n'a lieu qu'au début du mouvement fébrile.

N'est-ce pas, en effet, dans les accidents puerpéraux légers que nous avons observé le plus grand nombre de dédoublements du frisson initial? Si le frisson se répétait deux fois avec des caractères de grande violence, il ne faudrait pas être aussi rassuré, on aurait tout lieu de. s'attendre à voir se dérouler une fièvre puerpérale. Nous avons remarqué que la répétition tardive du frisson a une tout autre signification, elle annonce une complication intercurrente, dont la gravité vient s'ajouter à celle de la pyrexie.

En résumé, l'époque rapprochée de l'accouchement, l'intensité du frisson, l'altération des traits, l'élévation de la chaleur centrale du corps, donneront à penser qu'une fièvre puerpérale va commencer. Ces présomptions se changeront en certitude quand le pouls sera au-dessus de 120, la température au-dessus de 39°,5, l'utérus douloureux et les ligaments larges tuméfiés.

Nous remarquerons ici que le frisson, survenant prématurément quelques heures après l'accouchement, n'est pas seulement plus grave pour la mère, il peut avoir un retentissement sur l'enfant, comme nous l'avons vu à propos de la fièvre puerpérale pendant la grossesse. Quand une accouchée prend un frisson de fièvre puerpérale, une ou deux heures après sa délivrance, il est facile de comprendre qu'elle doit avoir contracté le virus puerpéral, soit dans les derniers jours de la grossesse, soit pendant le travail, et qu'elle a la maladie en incubation et en puissance, avant la séparation de l'organisme fœtal et de l'organisme maternel.

Rien d'étonnant, dès lors, si l'affection éclate chez le nouveau-né, en même temps que chez la mère. Je rapporte ici une observation où le frisson initial de la fièvre puerpérale s'est manifesté deux heures après la délivrance. La maladie s'est déclarée parallèlement chez la mère et chez le nouveau-né, bien que, suivant la coutume des hôpitaux de Lyon, l'enfant eût été transporté hors des salles de la Maternité, immédiatement après sa naissance. L'autopsie de l'enfant a permis de constater quelques-unes des lésions de la fièvre puerpérale des nouveau-nés, telles que les décrit M. Lorain.

OBSERVATION XIX.

Fièvre puerpérale. — Frisson initial deux heures après la délivrance. — Mort. — Autopsie. — Phlébite utérine. — Mort du nouveau-né. — Phlébite ombilicale et péritonite.

Etiennette-Claudine Jumeaux, 24 ans, menstruation ordinairement régulière. Dernières règles le 27 décembre 1866; primipare. Entrée à la Charité le 10 octobre 1867, au matin. Le travail commence le même jour, à dix heures du matin et se termine le lendemain 11, à neuf heures du matin. Délivrance naturelle. L'enfant est une fille paraissant bien constituée.

Il y a eu cinq ou six frissons au plus fort des dernières douleurs de l'expulsion. La malade a été très-calme jusqu'à dix heures et demie du matin, elle a ressenti à ce moment un peu de céphalalgie; à onze heures, au moment où on l'installait dans son lit définitif, frisson violent avec claquement de dents, suivi d'une réaction très-vive et d'une sueur abondante. Les lochies se sont arrêtées pendant le frisson.

Le soir, à quatre heures, agitation excessive, utérus et ligaments larges très-douloureux. Pouls, 160; température, 39°. — Potion : 2 grammes alcoolature d'aconit; vésicatoire sur le ventre.

Le 12. Utérus à deux doigts de l'ombilic, très-douloureux. Ligaments larges gonflés et indurés. Pouls, 140; température, 38°. (8 sangsues sur le ventre. Potion : extrait thébaïque, 7 centigr.)

Le soir. Les lochies sont revenues avec une grande abondance. La douleur de l'utérus a été un peu calmée par les sangsues. Pouls, 160; température, 38°.

Le 13. Il y a eu aujourd'hui une première selle depuis l'accouchement, la malade souffre beaucoup moins. Le facies est meilleur, l'inquiétude moindre. Les lochies continuent, elles deviennent purulentes. Pouls, 140; température, 37°,8.

Le 14. L'état général s'améliore toujours, la malade dit souffrir beaucoup moins qu'il y a deux ou trois jours. L'utérus et les ligaments larges sont encore très-douloureux à la pression. La fièvre persiste. Le pouls se maintient à 140; température, 39°,6.

Le 15. L'état du ventre est le même, mais l'état général est un peu aggravé; la malade est plus abattue, elle souffre depuis cette nuit dans les articulations des orteils. Pouls, 144; température, 39°,8.

Le 16. Le ventre se météorise, il devient douloureux dans toute son étendue, la pression est insupportable au-dessous de l'ombilic. Respiration courte, fréquente. Diarrhée depuis hier. Abattement général. Pouls, 148; température, 39°,8.

Le 17. Délire toute la nuit. Ventre très-ballonné; la malade devient insensible. Diarrhée involontaire; facies grippé. Pouls, 152; température, 40.

Le 18. Agonie. Pouls, 160; température, 40°,2.

Enfant mort le 16 après de grandes souffrances. Il avait le facies grippé et donnait des signes de douleurs du côté du ventre. Vomissements fréquents. Cris aigus continuels. Abdomen météorisé.

Le 19. *Autopsie de la mère* vingt-quatre heures après la mort.

Le cerveau et les organes de la poitrine sont sains. Péritonite récente, arborisations vasculaires peu nombreuses sur les intestins. Épanchement peu abondant de sérosité trouble dans le péritoine. Utérus très-bien revenu sur lui-même, son fonds est à trois doigts au-dessus du bord supérieur de la symphyse pubienne.

Ovaires gonflés, rouges, œdématiés. On y trouve à la surface de section du pus sortant des veines et des lymphatiques.

Les veines des plexus pampiniformes sont épaissies, gonflées, et remplies de pus.

Les veines utéro-ovariennes sont saines.

La coupe de l'utérus laisse voir au niveau de l'insertion placentaire et au niveau de la jonction du corps et du col, des sinus enflammés remplis, les uns, de pus, quelques autres d'un sang noir et coagulé.

La face interne de la matrice est recouverte d'un enduit pulpeux, ce sont des fausses membranes gris-verdâtres qui doublent la muqueuse. Il s'en dégage une odeur extraordinairement fétide.

Autopsie de l'enfant. Intestin météorisé, arborisations vasculaires du péritoine, rayonnant autour de l'ombilic. Caillots dans la veine ombilicale.

Le péritonite a eu ici pour point de départ la phlébite ombilicale; comme chez la femme, elle s'était développée autour de la phlébite utérine.

§ VI. — *Du traitement du frisson dans la fièvre puerpérale et les accidents puerpéraux légers.*

Le nombre des remèdes proposés contre la fièvre puerpérale est si considérable que, si au moment du début de la pyrexie, le médecin n'éprouvait que l'embarras du choix, ce serait déjà suffisant pour motiver quelque hésitation. On sera bien plus désorienté encore, lorsqu'en étudiant les récits des épidémies, ou en observant soi-même au lit des malades l'effet des médicaments, on aura acquis la triste conviction, que bien peu de ces moyens réussissent, et que l'incertitude de leur action égale presque leur multiplicité.

Je n'ai pas à parler du traitement de la fièvre puerpérale, je me bornerai à énumérer les indications que réclame le symptôme qui fait l'objet de cette étude.

Nous allons voir que, sur ce point, le médecin n'est point complétement sans ressources et qu'il est au moins possible de soulager la profonde souffrance à laquelle sont en proie les accouchées, en début de la pyrexie.

Il n'y a pas de prophylaxie à faire pour le frisson : le frisson survient, il est vrai, quelquefois au moment où la malade vient de se lever, mais ce n'est là qu'une

cause purement occasionnelle et tellement secondaire qu'elle mérite à peine d'être prise en considération. Le frisson aurait eu lieu quand même quelques minutes après. Ne l'avons-nous pas vu arriver la nuit pendant le sommeil, alors que les malades n'avaient ressenti aucune impression du froid extérieur? Il est certainement de règle, pendant les suites de couches, d'éviter toute cause de refroidissement, mais cela n'évitera pas ce frisson de la fièvre puerpérale.

La première indication, quand le rigor commence, est de réchauffer artificiellement les malades. Il ne suffit pas pour cela de les couvrir ou de les envelopper, on n'obtiendrait aucun résultat, il faut appliquer des linges très-chauds sur la peau, et faire quelques frictions sèches sur les membres, sans trop les découvrir. On parviendra ainsi quelquefois à rappeler le sang à la peau, ou au moins à tromper la sensation d'algidité et à diminuer le tremblement. Les moyens internes sont d'un précieux secours; les boissons chaudes aromatiques, le tilleul, le thé, les excitants diffusibles ne devront pas être oubliés. Un de ceux qui rendent les plus grands services, et sur lequel on ne saurait trop insister, c'est l'acétate d'ammoniaque. C'était le remède employé par Legroux, au début de tous les accidents puerpéraux avec frisson ; il en formait un julep dans lequel il associait quelques centigrammes d'extrait gommeux d'opium. Un des excitants les plus efficaces contre le frisson, c'est l'alcool et les différents alcoolats aromatiques. Avec des doses modérées, dès le début de la pyrexie, on obtient une stimulation du système nerveux et du système circulatoire, on réchauffe, on ranime un peu les malades, et on les tire de l'état d'adynamie dans

lequel elles sont plongées. Apres 30 ou 40 grammes d'une liqueur alcoolique donnée à doses fractionnées et répétées presque coup sur coup, on voit le facies s'améliorer et les yeux perdre rapidement cette expression de souffrance qui signale la crise dès son début. Le Dr J. Guyot a publié dant *l'Union médicale*, en 1860, un mémoire où il relate de remarquables succès obtenus pendant le stade algide de la fièvre intermittente par de petits verres d'eau-de-vie, ou de bonnes doses d'un vin généreux: le frisson et quelquefois l'accès de fièvre entier ont été arrêtés ou au moins enrayés. Nous avons, à l'hospice de la Charité obtenu des succès analogues contre le frisson initial de la fièvre puerpérale; malheureusement ces heureux effets n'étaient bien souvent que momentanés. Avec les alcooliques, on a enrayé le frisson et on en a réduit la durée; on a diminué l'anxiété des malades, fait un peu tomber le mouvement fébrile et diminué les angoisses de la chaleur pendant la réaction. C'est que l'alcool n'est pas seulement un stimulant du système nerveux. Il est acquis à la science depuis le mémoire présenté à l'Institut en 1857 par MM. Lallemand et Perrin que l'alcool est un médicament d'épargne: à une dose un peu élevée, il ralentit la nutrition, modère la désassimilation et les combustions organiques, et partant il fait tomber la fièvre en diminuant la chaleur du sang. Les alcoolats les plus efficaces ont été le rhum et la liqueur de la Grande-Charteuse. On ne saurait trop en recommander et en vulgariser l'emploi; une faible dose (20 ou 25 grammes) évite de pénibles souffrances aux malades. Les personnes de service dans les salles des maternités doivent toujours avoir de ces liqueurs sous la main, surtout en temps d'é-

pidémie, pour secourir immédiatement les malheureuses qui commencent à ressentir les atteintes du fléau.

L'opium est, après les alcooliques, un des médicaments dont l'effet est le plus certain : on le donne à doses élevées tout de suite après le frisson, soit seul, soit associé à l'acétate d'ammoniaque. Les malades le tolèrent facilement: il est excessivement rare d'amener des accidents de narcotisme, même avec des doses de 15 à 20 centigrammes d'extrait thébaïque.

Le veratrum viride que M. Depaul annonçait à l'Académie en 1858, comme le tenant de M. Berker, a eu si peu de succès qu'il a été immédiatement et universellement abandonné.

Un des remèdes les plus vantés contre la fièvre puerpérale c'est le sulfate de quinine. Il était déjà employé depuis assez longtemps quand il a été particulièrement remis en honneur en 1858 par M. Beau, qui a obtenu de merveilleux succès à l'hôpital Cochin. La méthode la plus sûre pour en retirer les meilleurs effets est de le faire précéder d'un évacuant, que l'on donne tout de suite après le frisson initial : le sel quinique est ensuite formulé en solution dans un julep, à la dose de 2 grammes, à prendre en 3 fois dans les 24 heures. Il est très-important de bien se rappeler la façon de l'administrer ; il ne faut pas prendre la potion par trop petites quantités : si l'on fractionnait trop la dose de médicament, son activité serait beaucoup moins grande.

Le sulfate de quinine n'a admirablement réussi qu'entre les mains de M. Beau : des observations sur lesquelles on pourrait dresser une merveilleuse statistique sur l'effet de ce médicament ont été publiées par un de ses internes, M. Barbeau. Mais on a été beaucoup moins

heureux à la Maternité de Paris, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital des Cliniques, où la marche de la maladie a été fort peu modifiée par les sels du quinquina. A la Charité de Lyon, M. Delore a employé à son tour le sulfate de quinine, le succès est loin d'avoir été aussi brillant qu'à l'hôpital Cochin. Je n'ai pu sur ce sujet recueillir qu'un trop petit nombre d'observations, pour donner une statistique concluante. Toutefois j'ai constaté que les malades traitées par la méthode de M. Beau mouraient absolument comme les autres quand elles avaient, dès le début, des symptômes de fièvre puerpérale grave ou de péritonite généralisée. Si quelques-unes ont pu guérir, rien n'autorise à attribuer cet heureux résultat au sulfate de quinine; d'autres malades relativement aussi nombreuses ont été sauvées sans avoir pris ce médicament.

Comment donc expliquer les succès de M. Beau? On les comprend facilement en lisant sa première communication à l'Académie de médecine (9 mars 1858). Le médecin de l'hôpital Cochin n'a réussi que dans des cas de péritonite sous-ombilicale; les observations qu'il présente sous cette singulière dénomination ne sont que des accidents puerpéraux légers; ces cas, avons-nous vu, ont fort peu de gravité, et guérissent rapidement par la médecine expectante. Les statistiques de M. Beau sont illusoires, sa médication est tout aussi incertaine que les autres. Les succès qu'il prétend avoir obtenus ont été jugés avec autant d'esprit que de raison par Trousseau en 1858.

« M. Beau s'est mis fort à son aise, disait le professeur de l'Hôtel-Dieu : quand il y a une méningite, il ne s'en mêle pas; quand il y a une pleurésie, du pus dans les

articulations, des abcès métatastiques, il n'y fait rien : de même quand il y a péritonite générale; mais quand la péritonite est sous-ombilicale, alors il la guérit. C'est se mettre dans la position de l'homme à qui on propose un duel et qui répond : « Je n'aime pas le pistolet, je ne « me mêle pas de l'épée, le sabre n'est pas mon af- « faire; mais pour le fleuret boutonné, je suis votre « homme » (1).

Les mercuriaux ont été conseillés contre la fièvre puerpérale, ils n'ont pas mieux réussi que le sulfate de quinine, ils n'ont aucun effet contre le frisson.

Les émissions sanguines, que l'on pourrait croire utiles, en entendant parler de la diathèse inflammatoire des femmes en couches, ne peuvent être que nuisibles au début, alors que la localisation n'est pas encore bien accusée. La saignée générale dans des circonstances où le pouls est faible, misérable, les forces épuisées, la tendance à l'adynamie évidente ne pourrait amener que de désastreux résultats et n'occasionner qu'un redoublement du frisson. Quand les localisations inflammatoires sur l'utérus et les ligaments larges sont très-accusées, alors, mais seulement alors, on peut recourir à des applications de sangsues, ou à des réfrigérations à l'aide de la glace, comme antiphlogistiques locaux.

Ces médications sont également employées dans la fièvre puerpérale et les accidents légers, elles soulagent quelquefois la souffrance du frisson, en empêchent la reproduction ; mais elles n'ont qu'une action très-incertaine sur la marche ultérieure de la maladie. Si les accidents légers guérissent, c'est qu'ils n'ont par eux-

(1) Trousseau, Académie de médecine, 23 mars 1858.

mêmes que fort peu de gravité. La fièvre puerpérale n'a une heureuse issue que dans un tiers des cas environ ; encore faut-il, pour espérer cette heureuse chance, ne pas comprendre ici les cas fatalement mortels où survient une péritonite généralisée.

Puisque la thérapeutique est si incertaine, et que le remède de la fièvre puerpérale est encore à trouver, tous nos soins doivent s'appliquer à prévenir les épidémies.

Quand on réfléchit que, dans les maisons d'accouchements, où rien n'a été négligé pour le luxe de l'hygiène et de l'aération, la mortalité prend quelquefois des proportions effrayantes, tandis que les femmes de pauvres artisans accouchent avec sécurité dans des mansardes étroites et obscures, on demeure convaincu qu'une réforme profonde est à faire dans notre système de secourir les femmes enceintes qui s'adressent à l'assistance publique.

Il faudrait, autant que possible, favoriser les accouchements à domicile, et si l'on ne pouvait supprimer complétement les maternités, les remplacer par de petites salles de femmes en couches disséminées dans les différents hôpitaux et dans les divers quartiers d'une ville. On éviterait d'affreuses hécatombes : « Si la mortalité des hôpitaux modèles était type pour tout le pays : sur les 950,000 accouchement, qui s'y font actuellement, on aurait plus de 80,000 décès à déplorer, et la France serait un désert en moins de cinquante ans (1). »

(1) Trousseau, Académie de médecine, 11 mai 1858

CHAPITRE IV.

DU FRISSON DANS LES ACCIDENTS POST-PUERPÉRAUX.

Les maladies que nous allons actuellement passer en revue ont leur point de départ dans des accidents locaux, des inflammations locales de l'utérus et de ses annexes, inflammations dues la plupart du temps à une imprudence des malades qui se sont levées trop tôt et ont subi l'impression du froid. Après ces phlegmasies, nous dirons quelques mots du frisson dans l'infection putride et l'infection purulente qu'on peut rencontrer tardivement, sans qu'il y ait eu précédemment de fièvre puerpérale.

§ I. *Métrite.* — Le métrite commence vers le huitième ou le dixième jour par un frisson, des douleurs dans le bas-ventre, les lombes et les cuisses. Le frisson est habituellement peu considérable : c'est une horripilation sans claquements de dents, suivie d'une réaction modérée. Les accidents sont ici assez localisés, il leur faut une certaine intensité pour réagir sur l'état général, encore cette réaction est-elle faible dans le plus grand nombre des cas. Le frisson est unique; c'est-à-dire qu'il ne se répète pas s'il n'y a pas une nouvelle imprudence de la part de la malade, une nouvelle impression du froid extérieur. Cela est important au point de vue du diagnostic.

§ 2. *Métro-péritonite.* — Quand la phlegmasie de l'utérus s'étend aux ligaments larges et à la séreuse ab-

dominale, on en est averti par un frisson beaucoup plus intense, plus violent, par des vomissements et par une douleur du ventre qui remonte plus ou moins haut au-dessus de l'ombilic. L'état du système nerveux, le trouble respiratoire, le pouls et les caractères du frisson, n'ont rien de comparable à ce qu'on observe au début de la fièvre puerpérale, alors que les symptômes généraux dominent habituellement les symptômes locaux. Le frisson initial est en général moins violent, moins prolongé, ne s'accompagne pas d'une si grande expression d'abattement, de souffrance de la physionomie ; et les traits, au début, ne sont pas encore grippés, comme ils le seront plus tard, à la suite du développement de la péritonite. Au moment où le frisson se manifeste, le pouls peut déjà avoir un caractère de faiblesse et de petitesse qu'on rencontre dans le pouls dit abdominal, mais il n'est pas si dépressible et si misérable qu'au début de la fièvre puerpérale où il révèle, dès les premiers jours, une diminution considérable de la tension vasculaire, comme l'indiquent d'ailleurs les tracés sphygmographiques de M. Marey.

Nous avons vu que la répétition du frisson dans la fièvre puerpérale, même la plus grave, était l'exception ; elle est la règle dans la métro-péritonite tardive et indique une suppuration d'un point des replis séreux du petit bassin, dans la région de l'ovaire par exemple. C'est dire que ce second frisson, s'il a le même caractère d'intensité que le frisson initial, est d'un pronostic très-grave ; il annonce une complication mortelle : la formation du pus dans le péritoine ou dans les annexes de l'utérus. On l'observe alors quatre ou cinq jours après le début, comme le frisson répété, tardif de la

fièvre puerpérale, frisson que nous avons vu également être grave.

On ne peut mieux se faire une idée des symptômes et du frisson de la métro-péritonite post-puerpérale type qu'en lisant une observation d'Hippocrate, dans laquelle la succession des accidents est admirablement exposée avec le caractère de précision et de bonhomie qui domine dans les écrits du vieillard de Cos.

OBSERVATION XX.

Péritonite post-puerpérale. — Frisson unique.

Dans l'île de Thasos, la femme de Phelinus ayant mis au monde une fille, avait l'évacuation lochiale comme à l'ordinaire, et du reste se trouvait bien, lorsque, le quatorzième jour après son accouchement, elle fut prise de fièvre violente avec frissons (πῦρ ἔλαβε μετὰ ῥίγεως). Elle commença à ressentir de la douleur au cardia et dans l'hypochondre droit ; elle souffrit dans les parties sexuelles, les lochies s'arrêtèrent; l'apposition d'un pessaire soulagea, il est vrai, ces accidents, mais les douleurs de la tête, du col et des lombes persistèrent. Point de sommeil; extrémités froides; soif; le ventre était le siége d'une grande chaleur; elle rendit une petite quantité de matières; urines ténues, incolores au début.

Sixième jour. Elle eut beaucoup d'hallucinations pendant la nuit, puis revint à elle.

Septième jour. Evacuations bilieuses et très-colorées.

Huitième jour. Nouveaux frissons, fièvre vive, convulsions fréquentes avec douleur ; beaucoup de délire; un suppositoire la fit aller à la selle. Elle rendit une grande quantité de matières avec un flux bilieux. Point de sommeil.

Neuvième jour. Convulsions.

Dixième jour. Léger retour à la raison.

Onzième jour. Elle dort, se ressouvient de tout; mais bientôt ses hallucinations reparaissent. Elle rend, avec des convulsions, beaucoup d'urine; l'urine est épaisse, blanche, et semblable à de l'urine que l'on troublerait après l'avoir laissé reposer longtemps; elle ne donne aucun sédiment. La couleur et la consistance en étaient comme celles des bêtes de somme.

Vers le quatorzième jour, la malade fut prise de mouvements dans tout le corps ; elle parla beaucoup, eut quelques retours de raison, puis revint promptement à ses hallucinations.

Elle perdit la parole le dix-septième jour et mourut le vingtième (1).

J'ajoute une observation analogue, que j'ai recueillie l'année dernière à l'Hôtel-Dieu ; les symptômes offrent beaucoup d'analogie avec ceux décrits par Hippocrate.

OBSERVATION XXI.

Péritonite post-puerpérale. — Frisson prolongé. — Mort. — Autopsie.

Cette femme est accouchée le 15 mars 1867, à la Charité. Suites de couches très-simples. Sortie de l'hospice neuf jours après l'accouchement.

Quatre ou cinq jours après, elle éprouva de la fièvre et de vagues points douloureux dans le ventre et dans la partie inférieure de la poitrine. Ces malaises continuèrent environ une semaine, et le 8 avril, vingt-quatre jours après son accouchement, elle éprouva un violent frisson qui dura environ une heure. La sueur ne vient qu'après cinq ou six heures d'une chaleur sèche. Les points douloureux de l'abdomen s'exaspérèrent aussitôt, et la malade entra le lendemain à l'Hôtel-Dieu.

Le 10. Le facies est grippé, pâle ; les pommettes sont injectées ; la langue est rouge, dépouillée de son épithélium, les dents fuligineuses, la soif vive ; ventre météorisé, très-douloureux, pouvant à peine supporter le poids des couvertures ; peau sèche, brûlante ; pouls accéléré, dépressible. — Pot. extr. thébaïque, 5 centigr. ; onguent napolitain en frictions sur le ventre.

Le 10. L'état s'aggrave. Le ventre s'est ballonné davantage depuis la veille. Vomissements bilieux. Pas de diarrhée. Le frisson n'a pas reparu. Facies de plus en plus grippé.

Le 11. Respiration anxieuse, courte, fréquente ; intelligence intacte ; extrémités froides ; agonie.

Le 12. Mort.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. Rien dans la poi-

(1) Hippocrate, Épidémies, t. II, liv. I, édit. Littré.

trine. Les anses intestinales sont réunies par des fausses membranes peu adhérentes et de formation récente. Epanchement séro-purulent dans l'abdomen. L'utérus est encore gros ; il mesure environ 12 centimètres dans sa plus grande étendue. Il est rempli d'un sang noir, diffluent. On ne trouve pas de pus dans ses parois. Les veines du col et celles du corps ne contiennent ni pus ni sang coagulé. Les veines du bassin sont saines. Aucun abcès métastatique.

§ 3. *Phlegmon des ligaments larges.* — Nous avons vu la métro-péritonite se compliquer le plus communément d'une inflamation partielle du tissu cellulaire péri-utérin. Il existe indépendament de la métro-péritonite des inflammations considérables du tissu des ligaments larges, amenant des collections purulentes très-étendues. M. Bernutz a démontré tout récemment que, même dans ces circonstances, il y a toujours un léger degré de péritonite; les symptômes et les caractères du frisson ne sont pas les mêmes que dans la métro-péritonite.

Ces phlegmons débutent à une époque très-variable de l'accouchement, le plus souvent au huitième ou neuvième jour de l'accouchement, parce que c'est le moment où les femmes commencent à se lever, quittent les hôpitaux, reprennent leurs occupations et commettent des imprudences. Ils commencent par une douleur du bas-ventre, s'irradiant dans les cuisses et les lombes et s'augmentant pendant la miction et la défécation. L'abdomen a toujours un léger degré de ballonnement, mais il n'est pas douloureux dans une grande étendue; il est le siége d'une tumeur dure et douloureuse située dans les fosses iliaques au-dessus de l'arcade crurale. La fièvre débute plus tard que dans la métro-péritonite; c'est seulement un ou deux jours après la douleur et le gonflement du tissu cellulaire sous-péritonéal que sur-

vient un frisson beaucoup moins accusé que dans le cas d'une inflammation étendue de la séreuse. Les vomissements ne s'observent communément pas, le facies n'est pas grippé, le pouls s'élève à 100 ou 120 pulsations, très-rarement au delà. Le mouvement fébrile continue quelques jours sans frisson ; mais, au bout de cinq ou six jours, on voit survenir des redoublements et des exacerbations rémittentes ; le frisson survient dès lors tous les soirs à une heure assez régulière, il est de peu de durée, réduit à une horripilation ; ce sont les caractères de frissons de suppuration. Si alors la tumeur n'est pas trop profonde, on la trouve légèrement fluctuante, c'est qu'une collection purulente vient de se former : dans ce cas, le frisson continue encore tous les soirs pendant quelques jours ; si l'art n'intervient pas, l'abcès se fraye un chemin au dehors. Le frisson s'arrête alors, la fièvre cesse, l'état général s'améliore avec les progrès de la cicatrisation, pourvu qu'il ne survienne pas une infection putride ou une infection purulente. Nous verrons un peu plus loin la tournure que prennent les symptômes généraux dans ces malheureuses complications.

D'autres fois le pus se donne issue dans la cavité abdominale et allume une péritonite suraiguë rapidement mortelle. On en est averti par une douleur subite et par un violent frisson que nous avons déjà plusieurs fois vu signaler le début de la péritonite.

L'observation suivante peut être prise comme type de frisson dans les abcès bénins des ligaments larges.

OBSERVATION XXII.

Phlegmon péri-utérin. — Frissons multiples. — Abcès évacué par le vagin. — Guérison.

Marie Sarron, 34 ans, multipare. Menstruation peu régulière. Dernières règles le 31 décembre 1866. Le travail de l'accouchement commence le 6 octobre, à sept heures du soir, et se termine le 7 octobre, à deux heures du matin.

Frisson violent d'une demi-heure immédiatement après l'expulsion du fœtus; claquements de dents; réaction modérée; douce moiteur toute la matinée. Pouls, 80. Utérus à un doigt de l'ombilic. Ventre souple et nullement douloureux.

Le 9. Un peu de douleur à la pression dans la fosse iliaque droite; fièvre, céphalalgie, peau chaude; pas de frissons; utérus à deux doigts de l'ombilic. Pouls, 96.

Le 10. Une selle hier. Le mouvement fébrile a disparu. Les seins sont gonflés et coulent depuis ce matin. Utérus à deux doigts de l'ombilic, indolore. La fosse iliaque droite conserve un point douloureux à la pression. Pouls, 84.

Le 13. La malade n'a éprouvé aucun malaise général les trois jours précédents. Le pouls était à 76 environ. Il n'y a que la douleur de la fosse iliaque qui ait persisté. On ne trouve cependant aucune tuméfaction au niveau des ligaments larges. Ce matin, frisson léger d'un quart d'heure, suivi de sueur. Pouls, 92.

Le 14. La douleur de la fosse iliaque s'est exaspérée. La malade éprouve un sentiment de lassitude et de fatigue; fièvre continue sans tendance à l'adynamie. Le ventre et l'utérus ne sont pas douloureux. Pouls assez fort, 96.

Le soir, à cinq heures, elle prend un frisson en tout semblable à celui de la veille au matin. Il dure un quart d'heure et se fait suivre d'une sueur franche une partie de la nuit.

La transpiration cesse le lendemain matin; elle n'a pas le caractère de persistance et de viscosité qu'on rencontre dans la phthisie pulmonaire et l'infection putride.

Le 20. Tous les soirs, à cinq heures environ, depuis le 13, la malade prend le même frisson avec les mêmes caractères.

La fièvre s'exaspère dans la soirée. Le pouls marque environ 92 le matin et 100 le soir.

Les douleurs de la fosse iliaque s'exagèrent tous les jours et deviennent lancinantes. — Cataplasmes belladonés sur le ventre.

Le 21. La nuit dernière, un flot de pus est évacué par le vagin. La fièvre cesse aussitôt, et le frisson du 21 au soir ne s'est pas fait sentir. Pouls, 88.

Le 23. La fièvre et les frissons n'ont plus reparu. On fait quelques injections détersives dans le vagin. La malade sort quelques jours après, en assez bon état.

§ 4. *Phegmatia alba dolens.* — La tuméfaction blanche des membres inférieurs n'est pas spéciale aux femmes en couches. Trousseau a très-bien fait ressortir la possibilité de l'observer dans tous les états cachectiques; j'aurais pu en parler plus loin à l'occasion des maladies intercurrentes; mais, la fréquence incomparablement plus grande de cette maladie chez les femmes accouchées depuis peu, m'engage à en étudier de préférence les symptômes ici avec les autres complications tardives de l'état puerpéral.

C'est du dixième au quinzième jour des couches que la maladie débute par une douleur locale, soit dans le petit bassin, soit à la face interne des cuisses; quelques heures plus tard, surviennent des frissons plus ou moins violents, plus ou moins répétés. On ne peut presque rien dire de général sur le caractère de ces frissons qui manquent quelquefois, qui dans les cas légers sont réduits à une simple sensation de froid; cependant ils sont le plus souvent multiples et violents; chaque frisson annonce une extension de la phlébite; il est bien entendu, depuis les travaux de Robert Lee (1), que la *phlegmatia alba dolens* des accouchées est causée par des concrétions veineuses dues à une inflammation des veines du bassin ou de la cuisse. Si au lieu de se ré-

(1) Researches on the pathology and treatment of some of the most important diseases of women; London, 1837.

péter avec ces caractères de violence et d'inégalité le frisson survient régulièrement chaque soir, s'accompagne de sueurs nocturnes, on a à craindre la suppuration de la phlébite; et, si l'abcès veineux se forme dans le bassin, le pus rencontrant de grandes difficultés pour s'évacuer, il en résulte une complication fort grave. Dans les deux observations suivantes, le frisson de la *phlegmatia alba dolens* a eu les mêmes caractères de violence et de répétition.

OBSERVATION XXIII.

(M. Peter, *Union médicale*, 1856.)

Phlegmatia alba dolens. — Frissons multiples et violents. — Mort. — Autopsie.

X....., âgée de 32 ans, entre à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Joseph, le 22 janvier 1860, pour suites de couches.

Elle était accouchée depuis vingt jours; douze jours après ses couches, elle a été prise de pertes considérables qui lui durèrent (mais moins abondantes toutefois) jusqu'à son entrée à l'hôpital. Cette femme porte toutes les apparences d'une débilité considérable, avec tous les symptômes d'une anémie profonde; petite toux sèche, anorexie, dyspepsie; palpitations du cœur, bruit de souffle dans les vaisseaux, etc.

Quatre jours après son entrée, le 26, à l'hôpital, le pied gauche de la malade se gonfle, et bientôt tout le membre inférieur de ce côté est envahi par la tuméfaction. Il y a un peu de fièvre avec quelques frissons légers.

Le 27. Tout le membre inférieur gauche est œdémateux, pâle, douloureux à la pression, le long de la veine fémorale et aux creux poplités. La pression est également douloureuse le long de l'iliaque externe.

Dans la journée du 29, la malade a un frisson violent, et déjà, depuis hier, le pied droit a commencé à se tuméfier. Aujourd'hui, la tuméfaction s'étend au mollet. Il n'y a point de douleur aux points œdématiés, tandis que la pression des veines iliaque externe et fémorale droite est très-douloureuse. État général très-mauvais.

État à peu près stationnaire jusqu'au 3 février, où la malade est prise d'une toux sèche, continuelle et fatigante, sans qu'on trouve rien à l'auscultation.

Le 4. Face altérée et cadavéreuse; frisson très-long; refroidissement marqué des extrémités inférieures, à la jambe droite surtout que la malade ne sent plus. Tussitation continuelle, rien à l'auscultation.

Le 7. Crachats muqueux d'abord, puis rouillés; mais rien à l'auscultation. M. Cruveilhier diagnostique une phlébite capillaire du poumon.

Le 12. Dyspnée avec points de côté; à l'auscultation, on trouve en arrière et des deux côtés du souffle avec retentissement de la voix; mais à gauche, dans la fosse sous-épineuse, il y a de la crépitation; matité en ces deux points.

Les accidents s'aggravent de jour en jour, et la malade succombe le 14 février 1856.

A l'*autopsie*, le lendemain, on trouve un œdème considérable, mais parfaitement limité aux membres inférieurs; point d'épanchement dans le péritoine; rien de notable dans les intestins.

L'utérus n'est guère plus gros qu'à l'état normal; au milieu de son tissu blanc, grisâtre, se trouvent des cylindres de fibrine coagulée, blanchâtres, contenus dans les veines parenchymateuses qu'ils oblitèrent. La muqueuse du col et celle du corps ne présentent plus de traces d'inflammation.

Les veines utéro-ovariennes sont oblitérées par un caillot fibrineux dans presque toute leur étendue. Dans toutes ces veines, le caillot est entièrement fibrineux et forme un cylindre plein. Même état des veines iliaque externe, fémorale, saphène; mais, dans la moitié inférieure des saphènes, le caillot est de plus en plus mou, rougeâtre au centre et en partie perméable.

Quant à la veine cave inférieure, elle est oblitérée jusqu'au niveau des rénales exclusivement. Le caillot fibrineux et plein dans la partie inférieure de la veine est manifestement fluctuant dans ses trois derniers centimètres, où il contient «*du pus bien lié et parfaitement enkysté,*» d'après M. Peter; les parois des veines sont parfaitement normales. Rien dans la veine porte ni dans le foie.

Le tronc de l'artère pulmonaire est perméable; mais sa branche gauche, peu après son origine, est oblitérée par un caillot fluctuant, comme celui qui se voit à la partie supérieure de la veine cave inférieure, et contient également du pus dans une étendue de 2 centimètres.

La branche gauche et la branche droite de cette artère sont oblitérées, jusque dans leurs ramifications dernières, par des caillots fibrineux, blanchâtres et pleins. L'une et l'autre branche ne sont d'ailleurs aucunement modifiées dans leurs parois. Enfin les caillots fibrineux de la branche droite, surtout dans les rameaux les plus volumineux, sont évidemment plus récents qu'à gauche, et ont dû se former dans les derniers temps de la vie.

Le poumon gauche présente, à son sommet et en arrière, de la suppuration en deux points différents, dont chacun occupe une surface de 2 centimètres environ. Le parenchyme est partiellement détruit en ces points, mais ce ne sont point là des abcès enkystés et encore moins des abcès métastatiques. Carnification tout autour de ces points, ainsi qu'au bord postérieur et à la base. Le poumon droit ne présente de suppuration en aucun point : son tissu est un peu carnifié.

OBSERVATION XXIV.

(de R. Virchow.)

Une jeune femme de 31 ans accouche à l'hôpital de Würzbourg le 28 novembre 1854. Après ses couches, elle perd une quantité de sang notable ; le placenta étant adhérent, la délivrance est artificielle et très-pénible. Neuf jours après, la malade est prise de fièvre avec un frisson violent, qui se répète deux fois le jour suivant; collapsus rapide ; *phlegmatia alba dolens* du membre abdominal gauche.

Le 9. Elle est apportée dans le service de M. Virchow, où elle succombe deux jours après son arrivée.

Autopsie. Amaigrissement peu considérable ; léger œdème du pied et de la jambe gauche; les veines superficielles de ce côté sont très-grosses et fortement disséminées sous la peau.

Les poumons sont œdémateux et hyperémiés dans les points postérieurs; il existe dans l'artère pulmonaire, dans la branche qui porte le sang, dans le lobe inférieur du côté droit, un caillot très-volumineux et très-adhérent.

L'utérus est gros et développé ; il ne présente du reste rien d'extraordinaire ; les veines utérines sont développées, mais remplies de sang frais.

Les veines hypogastriques, iliaques et crurales, sont remplies d'un sang fluide ; mais, à la jambe gauche, commence un peu au-dessus du genou une infiltration œdémateuse ; les veines de la por-

tion située au-dessous sont toutes probablement dilatées. Vers le milieu de la cuisse, dans une branche veineuse musculaire seule, se trouve un caillot oblitérant ; plus bas, toutes les veines sont libres, et ce n'est qu'à la jambe, dans les branches musculaires du mollet, qu'on rencontre des caillots ramollis puriformes, avec un épaississement considérable des parois veineuses.

§ 5. *Infection purulente et infection putride.* — La phlébite utérine, qui accompagne toujours la fièvre puerpérale, les phlegmasies diverses et les abcès dont nous venons de dire quelques mots, sont quelquefois l'origine d'une infection purulente ou d'une infection putride ; mais la plaie utérine seule peut, comme toutes les plaies chirurgicales, donner naissance à la pyohémie.

On trouve dans les cliniques de Trousseau le fait d'une infection purulente, survenue sans autre cause que la plaie placentaire. Cet exemple suffirait à lui seul pour condamner la doctrine de cette spécificité trop générale que nous avons discutée plus haut, et qui consistait à regarder la fièvre puerpérale et la pyohémie comme une même maladie produite par le même agent infectieux et contagieux. Voici cette observation.

OBSERVATION XXV.

Infection purulente.

Salle Saint-Bernard, entrait, le 15 décembre, une jeune femme primipare, accouchée le 29 novembre à la Maternité. L'accouchement n'avait présenté d'abord rien d'anormal. Le troisième jour après l'accouchement, il y eut un peu de fièvre de lait, mais l'appétit était conservé.

La malade sort le dixième jour et retourne chez elle à pied. Cinq jours après son retour au logis cette femme est prise de frissons qui reviennent les jours suivants, et elle entre, le 15 décembre, à l'Hôtel-Dieu. Aussitôt après son arrivée elle est reprise de frissons. Elle

dit cependant n'être pas malade et ne souffrir en aucun endroit du corps. Le pouls est fréquent, petit, facile à déprimer; la malade demande à manger; elle n'a point de diarrhée ni de vomissements. Cependant les frissons qui se sont répétés plusieurs fois nous font redouter une infection purulente.

La palpation de la région hypogastrique et le toucher vaginal ne déterminent aucune douleur. Cette absence de douleur n'est point chose normale chez une femme accouchée depuis seulement quinze jours. Le col utérin est mollasse, béant, et laisse écouler encore un peu de sanie fétide. L'utérus est mobile. Placé à droite de la malade, le toucher me permet de reconnaître qu'il n'y a aucune tuméfaction du ligament large correspondant, — et comme il n'y avait point de douleur lors de l'introduction du doigt, je néglige d'explorer avec le doigt le ligament gauche. — Pronostic grave établi sur la fièvre, les frissons et l'optimisme de la malade.

Dans la nuit du 16 au 17 décembre, nouveaux frissons; le 17, à la visite du matin, altération des traits, douleur dans l'épaule droite, et comme le bras pouvait être remué, j'en conclus que l'articulation de l'épaule est libre et que la douleur est due très-probablement à un dépôt purulent autour de l'articulation.

Le lendemain 18, nouveaux frissons, douleur dans l'épaule gauche, point de douleurs en aucune autre partie. Pouls fréquent, sueur abondante, rougeur des pommettes, intelligence conservée, point de strabisme, point de surdité, respiration anxieuse, râles dans les deux poumons, surtout du côté droit, à la partie inférieure, mais point de souffle ni d'égophonie. Point de vomissements, pas de diarrhée, aucune tache sur le ventre.

Vers le soir, la respiration s'embarrasse, les râles se généralisent et deviennent plus gros, la malade ne peut plus expectorer, et elle meurt dans la nuit.

A l'*autopsie*, la paroi abdominale antérieure est ouverte avec soin, on fend la symphyse pubienne et l'on écarte fortement les cuisses du cadavre, afin de pouvoir examiner sur place le vagin, l'utérus, ses annexes et les vaisseaux qui desservent la circulation utéro-vaginale.

Une section faite sur la vessie, le vagin, le col utérin et l'utérus, permet de voir toutes ces parties avec facilité et d'en étudier les lésions. On constate alors que l'utérus est plus gros et plus flasque que cela ne s'observe quinze à vingt jours après l'accouchement; ses parois sont cependant saines. La surface interne de l'utérus est

lisse et ne présente de rugosités qu'au niveau de l'insertion placentaire; en ce point cependant il n'y a pas de plaie suppurante, les sinus de la portion correspondante de l'utérus sont revenus sur eux-mêmes, oblitérés par de petits caillots fibrineux et au delà de ces caillots, il n'y a point de traces d'inflammation, non plus que de pus dans leur cavité.

Le col utérin est bleuâtre, mollasse, déchiqueté sur ses lèvres, toutefois la section ne dévoile point d'inflammation de la veine circulaire du col.

Une incision double pratiquée le long des bords de l'utérus là où les sinus s'abouchent avec les veines utéro-ovariennes, ne met à nu aucune collection purulente. Mais l'incision médiane qui comprenait la vessie et la paroi antérieure du vagin jusqu'à la vulve, permet de déplisser le vagin; alors on aperçoit sur la paroi gauche du conduit, dans la portion la plus voisine du col utérin, 8 à 10 pustules, de la grosseur de belles pustules de variole; incisées, elles laissent écouler un pus crémeux. Dans le tissu cellulaire qui double le vagin dans la portion correspondante aux pustules, nous constatons une multitude de petits abcès qui, par leur présence, avaient transformé ce tissu en une espèce d'éponge purulente. La veine hypogastrique du côté gauche est alors disséquée avec soin, et dans sa cavité nous trouvons du pus crémeux, libre, non mélangé à du sang; au delà point de caillot oblitérateur ni de phlébite, bien qu'à partir du point où le pus intra-veineux a été rencontré, la dissection ait été poursuivie jusqu'à la veine iliaque primitive. Ce pus ne pouvait venir que des parties voisines du vagin ou du vagin lui-même; et il avait été porté dans la veine hypogastrique pour être entraîné ensuite dans la circulation par les autres affluents de la même veine. Ce fait nous paraît un des plus favorables à la démonstration du passage direct du pus dans la circulation générale. C'était en ce point qu'il fallait reconnaître la source de l'infection purulente, dont les poumons, le foie, la rate et les articulations devaient encore fournir des preuves irrécusables.

En effet, le poumon présentait un grand nombre de taches ecchymotiques qui empruntaient une grande valeur à l'existence de petits abcès entourés eux-mêmes d'ecchymoses et de petits foyers apoplectiques. De plus, il y avait à la base du poumon et sur les bords de cet organe des abcès de la grosseur d'un haricot; les uns étaient fluctuants, d'autres à l'état concret. Dans le foie et dans la rate, il existait seulement des ecchymoses superficielles et des taches jau-

nâtres. Dans les deux épaules, grande quantité de pus situé dans la cavité articulaire.

Point de péritonite ni de pleurésie purulente (1).

Rien dans cette observation, ni l'époque du début, ni les caractères du frisson, ne rappelle la fièvre puerpérale. Dans cette pyrexie, le frisson est en général unique, il se manifeste toujours pendant le premier septénaire; nous ne le voyons ici apparaître que beaucoup plus tard et se répéter tous les jours avec la même violence; ce sont là tous les symptômes de la pyohémie des blessés et nullement ceux que nous avons longuement décrits dans le chapitre consacré au frisson de la fièvre puerpérale.

Quant à l'infection putride, son point de départ est fréquemment cette diphthérite de la face interne de l'utérus, longuement étudiée par M. Béhier, décrite par M. Danyau comme une métrite gangréneuse, et signalée pour la première fois par Boër, sous le nom de *putrescentia uteri*. L'infection putride est alors une complication de la fièvre puerpérale; nous avons déjà parlé de cette circonstance, nous n'y reviendrons pas. Mais quand elle survient primitivement sous l'influence d'une gangrène locale, de la rétention des caillots, du placenta, on la voit débuter du huitième au dixième jour par un accablement général, une fièvre rémittente, des vomissements, une horrible fétidité de la respiration et des lochies.

Ce n'est que plusieurs jours après le début de l'infection que l'on voit la fièvre hectique se déclarer avec

(1) Trousseau, Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris : infection purulente puerpérale, t. III, p. 617.

toute sa gravité; les frissons surviennent régulièrement tous les soirs, s'accompagnent d'une sueur très-pénible qui dure toute la nuit. Ils ont tous les caractères que les auteurs de pathologie générale attribuent aux *frissons malins*, ils diffèrent peu des frissons de suppuration que nous avons vus plus haut annoncer la formation des abcès, si ce n'est peut-être par une réaction plus forte et plus longue, une sueur plus considérable, plus profuse et plus prolongée. Ils se distinguent de ceux de l'infection purulente par un retour plus régulier et une intensité moindre.

J'ai parlé dans la discussion de la fièvre puerpérale de deux cas d'infection putride primitive; voici celle de ces deux observations qui me paraît la plus intéressante.

OBSERVATION XXVI.

Rigidité du col de l'utérus. — Incisions multiples. — Gangrène. — Infection putride. — Mort. — Autopsie.

Joséphine Devilliers, 35 ans, primipare. Menstruation très-irrégulière. Souffrances habituelles du côté de l'utérus. Dernières règles le 5 novembre 1866.

Les douleurs de l'accouchement commencent le 5 juillet à sept heures du matin, la grossesse n'étant encore qu'à huit mois. Les membranes se rompent le même jour, à cinq heures du soir, avant que la dilatation du col ait commencé. On perçoit distinctement la tête à travers les parois utérines. Les douleurs continuent toute la nuit et toute la journée du lendemain sans amener aucun résultat.

Le 6 au soir, la tête est un peu descendue; le col n'a que 2 centimètres de dilatation; autour de cet orifice, on constate des bords durs, résistants, rigides et épais. Les bruits du cœur du fœtus s'entendent très-bien dans la fosse iliaque gauche. Les douleurs continuent une partie de la nuit sans que la dilatation du col fasse aucun progrès. La dureté de ces bords ne subit aucun ramollissement. Vers deux heures du matin, la malade épuisée est prise d'un délire incohérent.

Vers trois heures, après avoir vainement essayé la dilatation artificielle avec la main, on introduit un long bistouri convexe et l'on fait un débridement multiple. Le forceps est ensuite appliqué, la tête amenée après quelques tractions. Délivrance naturelle. L'enfant est grêle, très-faible, dans un état de mort apparente. On le rappelle à grand'peine à la vie ; il meurt le lendemain.

Perte sanguine assez considérable après l'accouchement. — 0 gr. 50 centigr. d'ergotine Bonjean.

Aucun frisson pendant le travail ni après l'accouchement.

Aussitôt l'utérus vide, on constate sur le fond de cet organe, par le palper hypogastrique, une tumeur dure, flottante et pédiculisée. Elle paraît être une tumeur fibreuse du corps de l'utérus ; on suppose alors que la rigidité du col était due à une dégénérescence fibreuse.

Le 8. Fièvre traumatique assez considérable. Pouls, 120. Pas de frisson. Il n'y a pas de douleur hypogastrique. Lochies très-abondantes.

Le 9. La fièvre tombe un peu. Les seins ne sont nullement gonflés. Pouls, 116. Lochies purulentes.

Le 11. La malade accuse une douleur cuisante à la vulve ; on y trouve des plaques escharifiées, que l'on cautérise au nitrate d'argent. Les lochies deviennent fétides. Pouls, 112.

Le 13. Le pouls se maintient à 108 depuis deux jours. L'utérus et les annexes ne présentent aucune douleur. La peau est très-chaude, couverte de sueur. Aucun frisson. Les eschares de la vulve s'étendent et les lochies deviennent plus fétides.

Le 14. La peau est dans un état de moiteur continuel.

Depuis hier, diarrhée séreuse, éruption pemphygoïde sur les cuisses. Pouls, 100. Langue sèche. Face terreuse. Lochies purulentes et d'une odeur de plus en plus désagréable. — Potion, 30 gr. sirop de cachou ; 30 gr. sp. d'écorce d'oranges amères. Lavement. 4 gr. extrait de quina.

Le 17. Aggravation. Sueur profuse et visqueuse, continuelle. Aucune douleur de l'hypogastre. Les plaques gangréneuses de la vulve sont détachées, mais les lochies conservent une horrible fétidité. Le pemphigus est plus confluent. Hier, pour la première fois, la malade a eu un frisson le soir ; l'algidité a été assez faible et ne s'est pas accompagnée de claquement de dents. Elle a été réduite à une horripilation. La sueur a redoublé pendant la nuit. Pouls, 120.

Le 18. Le frisson a reparu hier soir avec les mêmes caractères. Le

thermomètre a indiqué 39o,8 dans ce moment d'algidité. Le ventre est toujours souple et indolore. Langue sèche et noirâtre. Lèvres fuligineuses. Haleine fétide. Pouls, 130. — Potion. 4 gr. extrait alcoolique de quina.

Le 19. La malade est dans le coma. Sueur froide, visqueuse, subdelirium pendant la nuit. Pouls imperceptible.

Le 20. Mort à cinq heures du matin.

Autopsie 30 heures après la mort. Putréfaction très-avancée. Dégénérescence graisseuse du cœur et de la rate. Le foie présente une coloration jaune-clair et un état graisseux beaucoup plus accusé qu'on ne le remarque ordinairement dans l'état puerpéral. L'examen microscopique trouve une accumulation extraordinaire de granulations graisseuses dans les cellules.

Sur le fond de l'utérus, on constate une tumeur douce, pédiculisée, de la grossesse d'un œuf de pigeon. Elle ne présente au microscope que des fibres connectives.

L'utérus est très-bien revenu sur lui-même. On ne trouve pas de pus dans l'épaisseur des parois. L'examen le plus minutieux ne trahit aucune trace de phlébite.

Les lèvres du col incisées sont flottantes; elles présentent une coloration gris-noirâtre et exhalent une fétidité gangréneuse caractéristique. On ne trouve aucune trace d'inflammation éliminatrice.

Il n'y a pas d'abcès métastatiques.

Cette observation et une autre où sont relatées des suites de couches à peu près analogues, n'ont pas été comprises dans la statistique des fièvres puerpérales. L'absence du frisson initial, la multiplicité des frissons tardifs, la non-existence de la douleur hypogastrique, ne permettaient pas de le faire.

Il est à peine besoin d'ajouter que le caractère des frissons ne suffit nullement pour reconnaître l'infection putride; il faut toujours, pour la différencier d'avec le phlegmon suppuré des ligaments larges, avoir recours à l'absence des douleurs abdominales, à la fétidité des lochies et aux fuliginosités de la bouche. Ce n'est qu'après la constatation de ces symptômes que l'on portera

le pronostic très-grave de l'infection putride. Hippocrate à dit : « C'est un signe mortel, lorsque le frisson revient fréquemment dans une fièvre qui n'est point intermittente, et qu'en même temps le malade est affaibli. Ceux qui ont de petites sueurs alternativement avec des frissons sont en grand danger » (1).

Le père de la médecine a oublié ici sa prudence ordinaire; un diagnostic et un pronostic fondés sur un seul symptôme sont toujours trop hasardés.

L'infection putride dans les suites de couches a été longuement étudiée par M. Dumontpallier (2) ; cet auteur en décrit deux formes : l'une tardive et lente, c'est celle dont nous venons de parler et qui est admise par tout le monde; l'autre rapide, aiguë, commençant le deuxième ou le troisième jour après l'accouchement par un frisson initial, unique et violent, et se terminant rapidement par la mort.

Dans l'un et l'autre cas, il y a absence de douleurs de l'abdomen et de l'utérus.

Je ne puis pas croire que ce frisson initial, violent et unique annonce une infection putride. La forme aiguë, que décrit M. Dumontpallier, n'est probablement rien autre chose que la fièvre puerpérale. La douleur abdominale et la phlébite utérine ne sont pas notées, cela est vrai ; mais en 1857, M. Béhier n'avait pas encore enseigné le moyen de trouver le gonflement sensible des ligaments larges, et n'avait pas indiqué comment on devait chercher le pus dans les veines du col utérin. Les autopsies de M. Dumontpallier n'ont peut-être pas été

(1) Hippocrate. Aphorismes, section IV, 46 et 47.

(2) Infection putride et infection purulente après l'accouchement ;

faites avec toutes les minuties qu'a recommandées plus tard le professeur de la Pitié.

CHAPITRE V.

DU FRISSON DANS LA FIÈVRE GASTRO-ENTÉRIQUE.

On a décrit une maladie des femmes en couches se caractérisant par une fièvre avec frisson, soif, céphalalgie, état pâteux de la bouche et dérangement des fonctions intestinales, tantôt constipation, tantôt diarrhée. Plusieurs auteurs anglais : Fergusson et Churchill, entre autres, considérant qu'elle régne quelquefois épidémiquement, croient que ce n'est qu'une forme de la fièvre puepérale. Churchill cependant n'adopte qu'avec peine cette opinion ; il dit avec beaucoup de raison en commençant son article : « Je ne suis guère disposé à classer cette maladie sous le nom de fièvre puerpérale, parce que rarement l'appareil utérin est atteint, et parce qu'heureusement sa marche et sa terminaison diffèrent profondément de celles des autres formes de la fièvre puerpérale » (1).

L'absence d'une localisation dans les organes génitaux internes suffit, en effet, pour repousser complétement l'idée de fièvre puerpérale.

Le début de la fièvre gastro-entérique est signalé par un frisson de peu d'intensité : quelquefois une simple sensation de froid, plus souvent une horripilation d'environ dix minutes, suivie d'une sueur assez prolongée.

(1) Fleetwood-Churchill, Maladies des femmes, traduct. française.

C'et entre le troisième et onzième jour de l'accouchement qu'on voit arriver ce frisson ; il s'accompagne toujours d'une douleur abdominale et très-souvent d'une diarrhée. Ce qui distingue essentiellement cette douleur de celle de la fièvre puerpérale, c'est qu'elle est généralisée dans tout le ventre, et que l'utérus aussi bien que les ligaments larges ne présentent aucun gonflement ni aucune sensibilité anormale.

Le pouls, pendant la fièvre gastro-entérique, se maintient entre 100 et 120 ; la fièvre est continue, elle dure environ un septénaire. Quelquefois il y a, vers la fin, un nouveau frisson avec une exacerbation fébrile de quarante-huit heures, et la malade est guérie. C'est en quelque sorte un frisson critique.

Churchill donne trois observations de fièvres gastro-entériques : dans l'une le frisson est noté au onzième jour et dans l'autre, au deuxième jour de l'accouchement ; celui du deuxième jour est signalé comme ayant été assez violent.

A la Maternité de Lyon, j'ai observé seulement un cas que l'on a pu rattacher à la fièvre gastro-entérique. En voici l'observation : le frisson a paru le quatrième jour après l'accouchement, il n'a présenté aucune particularité.

OBSERVATION XXVII.

Fièvre gastro-entérique. — Frisson au quatrième jour. — Guérison.

Françoise Laroche, 27 ans, multipare. Menstruation habituellement régulière. Dernières règles le 1er octobre 1866.

Le travail de l'accouchement commence le 7 juillet 1867, à quatre heures du soir, et se termine le 8, à deux heures du matin. Délivrance naturelle.

Le 8, au matin. Utérus au niveau de l'ombilic. Pouls, 80. Ventre souple. Ligaments larges indolores.

Le 9. Quelques tranchées. L'utérus et les fosses iliaques ne sont le siége d'aucune douleur à la pression. Pouls, 80.

Le 11. Seins très-durs et commençant à perdre du lait. Mouvement fébrile léger dans la journée. Bouche pâteuse et amère; quelques nausées. Pouls, 96.

Le 12. Un frisson la nuit dernière, il s'est caractérisé par une horripilation d'un quart d'heure, il n'y a pas eu de claquement de dents. Réaction assez vive. Sueur considérable dans la matinée. Endolorissement général du ventre. Pas de diarrhée. Rien sur l'utérus ni sur les ligaments larges. Pouls, 104. (Potion : 1 gr. alcoolature aconit.)

Le 13. Le frisson n'a pas reparu; l'état général est meilleur, l'état fébrile a diminué. L'utérus est très-bien revenu sur lui-même, il est à cinq doigts de l'ombilic. Encore quelques coliques dans la journée, la douleur à la pression sur le ventre est moindre. Les lochies n'ont été nullement troublées par la fièvre, elles sont puriformes et commencent à diminuer. Pouls, 88.

Le 14. Il n'y a pas eu de selles depuis l'accouchement. Aujourd'hui le ventre est redevenu douloureux; la fièvre s'est rallumée, sans nouveau frisson. Pouls, 104. Respiration rapide, facies un peu inquiet. (15 gr. huile de ricin.)

Le 15. A la suite de plusieurs évacuations alvines, cette exacerbation fébrile passagère est tombée. Il n'y a plus de coliques ni de douleur à la pression sur le ventre. Pouls, 84.

Le 16. Il n'y a plus aucun malaise, mais seulement de la faiblesse et un abattement général.

Le 17. Sort en bon état.

Le frisson de la fièvre gastro-entérique n'a pas de gravité. Il ne présente aucune particularité, et ne réclame d'autre indication que celle de traiter la fièvre par les évacuants.

CHAPITRE VI.

DU FRISSON DANS LA FIÈVRE ÉPHÉMÈRE.

Burns et Churchill décrivent, sous le nom de *fièvre éphémère*, un mouvement fébrile survenant chez les nouvelles accouchées à une époque assez indéterminée. Elle est de courte durée et se termine ordinairement au bout de vingt-quatre heures. Elle ne va jamais au delà de quarante-huit. Si elle durait plus longtemps, elle deviendrait une tout autre maladie. Elle provient de la grande susceptibilité du système nerveux pendant les suites de couches : « Une impression de froid, une émotion morale, ou une cause locale légère, qui auraient été sans effet dans une autre circonstance, excitent alors, dit Burns, un désordre général de l'organisme (*excite an universal disorder of the frame*) » (1).

Les symptômes consistent en un frisson, une période de chaleur, un stade de sueur, et tout est terminé. Mais, si l'on n'intervient pas, le paroxysme peut revenir et l'on a une véritable fièvre intermittente.

L'algidité du début de la fièvre éphémère présente quelquefois une remarquable intensité. Churchill va jusqu'à dire que la violence du frisson initial caractériserait la fièvre éphémère plutôt que la fièvre puerpérale. Sans doute, le tremblement est quelquefois long et considérable. On ne peut cependant pas accepter sans réserves l'opinion de l'auteur anglais : qu'il y ait des fièvres éphémères débutant par un frisson d'une plus

(1) Burns, Midwifery : On ephemera fever.

grande intensité, que certaines fièvres puerpérales; d'accord, cela est incontestable; mais on ne rencontre jamais, au début de la fièvre éphémère, ces violents frissons qui font trembler tout le lit des malades, et dont nous nous sommes occupé en parlant de l'invasion de la fièvre puerpérale.

Le frisson de la fièvre éphémère est ordinairement unique; on ne peut pas avancer ce caractère d'une façon trop absolue; dans quelques cas l'algidité se répète après un intervalle de une ou deux heures; quelquefois on la voit revenir au bout de vingt-quatre heures : c'est une fièvre éphémère en deux accès. Burns signale quelques faits de ce genre.

Les caractères thermiques tiennent le milieu entre la fièvre de lait et la fièvre puerpérale. Ils se rapprochent cependant davantage de la fièvre de lait. C'est habituellement 38°,5 ou 39° qu'indique le thermomètre appliqué sous l'aisselle d'une accouchée en proie au frisson de la fièvre éphémère.

Le pouls se maintient entre 100 et 120 pulsations pendant le frisson.

Ce frisson ne peut être reconnu par aucun signe positif : c'est sur l'absence des symptômes concomitants qui caractérisent la fièvre de lait, la fièvre gastro-entérique et les accidents puerpéraux ou post-puerpéraux, qu'on devra se fonder pour porter la diagnostic de fièvre éphémère.

Le pronostic est des plus bénins. En vingt-quatre heures tout rentre dans l'ordre.

Le traitement ne demande que des excitants diaphorétiques, comme l'acétate d'ammoniaque.

La fièvre éphémère, à cause de sa courte durée, passe

souvent inaperçue, et quand on en est averti, on ne la constate que lorsqu'elle est finie ou près de finir.

Je n'ai pu en recueillir que trois observations ; je donne ici la plus complète et la plus intéressante. Il y a eu dans ce cas un accident puerpéral léger qui s'est rapidement terminé, et une fièvre éphémère survenue quelques jours après.

OBSERVATION XXVIII.

Accident puerpéral léger. — Fièvre éphémère. — Guérison.

Marie-Mélitine Bodet, 18 ans; dernières règles le 15 novembre 1866.

Le travail de l'accouchement commence le 11 août, à six heures du soir, et se termine le 12, à cinq heures du matin. Délivrance naturelle.

Frissons multiples pendant les contractions utérines, depuis trois heures du matin jusqu'au moment de l'expulsion du fœtus. Ils se faisaient sentir à l'instant du paroxysme de la douleur. Un autre frisson de peu d'insensité, qui n'a été qu'une sensation générale de froid suivie d'une légère horripilation, a recommencé au moment de la délivrance.

Le 12. A huit heures du matin, douleurs dans les reins, tranchées très-fortes. Pouls, 80; température, 36°,8. Utérus au niveau de l'ombilic, un peu sensible à la pression.

Le 13. Tendance à l'inertie utérine dans la soirée d'hier, lochies sanguines coulant en grande abondance. On frictionne l'hypogastre pour faire renaître les contractions de la matrice, et la perte se modère un peu. L'utérus est sensible, et la friction douloureuse. Depuis lors, tranchées violentes toutes les cinq minutes. Pas de nouveau frisson. Pouls, 92; céphalalgie; peau chaude.

Le 14. Tranchées moins violentes. Les seins se tuméfient régulièrement. L'utérus n'est plus douloureux à la pression, les ligaments larges ne présentent aucun gonflement. Lochies normales ; elles deviennent purulentes. Pouls, 76. Aucun malaise. Peau fraîche.

Le 15. Accès de fièvre très-caractérisé dans la nuit. Frisson de dix minutes et d'une intensité assez considérable avec claquement de

dents et chair de poule. Chaleur assez forte et sueur prolongée, persistant encore ce matin. Face vultueuse. Pouls, 96.

La malade a eu un peu froid dans la journée d'hier. Son lit se trouve près d'une fenêtre : c'est probablement la cause de ce léger mouvement fébrile. On ne peut attribuer ce frisson à une métrite : l'utérus était sensible à la pression dans les deux jours qui ont suivi l'accouchement, mais depuis hier et encore ce matin, la région hypogastrique et les fosses iliaques sont indolores à la palpation la plus minutieuse. On ne peut pas davantage invoquer une fièvre de lait. Les seins coulent depuis hier, et leur gonflement commence à diminuer. (Potion : 1 gr. alcool aconit.)

Le 16. Le mouvement fébrile s'est dissipé dans la soirée d'hier. Aucun malaise aujourd'hui. Pouls, 76.

Le 17. Utérus à quatre doigts de l'ombilic. Pas de douleur.

Le 20. Sort en très-bon état.

Il ne faudrait pas prendre cette observation comme type. Le début de la fièvre éphémère est ici exceptionnellement prématuré.

CHAPITRE VII.

DU FRISSON DANS LES ÉRUPTIONS DES SUITES DE COUCHES.

Des éruptions fort diverses ont été signalées depuis longtemps chez les femmes en couches. Je n'en signalerai que deux sortes : la roséole ou miliaire sudorale et la scarlatinoïde puerpérale. Les autres sont apyrétiques et ne doivent pas m'occuper.

Je ne veux pas non plus examiner si ces deux maladies sont deux entités morbides différentes, ou si elles appartiennent à une même espèce, comme le veut M. Guéniot (1). Je me bornerai à remarquer qu'une

(1) Éruptions chez les femmes en couche. Thèse de Paris, 1862.

différence peut être établie au point de vue qui nous occupe :

La miliaire simple est souvent apyrétique; quand elle excite momentanément un léger mouvement fébrile, elle n'est jamais accompagnée de frisson.

La scarlatinoïde puerpérale au contraire est toujours précédée d'une fièvre assez intense ; le frisson s'y rencontre plusieurs fois avec une intensité variable, impossible à déterminer d'une manière générale. Il est noté dans toutes les observations de scarlatinoïde que donne M. Guéniot. On peut donc en faire un symptôme de cette affection et s'en servir pour la distinguer de la miliaire sudorale fébrile.

Il faut dire cependant que le frisson n'est peut-être pas toujours dû à l'éruption elle-même. Dans quelques-unes des observations de M. Guéniot, il y avait une complication évidente d'accidents puerpéraux. On sait du reste qu'une épidémie puerpérale constitue une prédisposition aux scarlatinoïdes ; on pourrait avec raison se demander si l'éruption n'est pas, elle aussi, une manifestation du génie épidémique. On n'a pas toujours bien signalé l'état de l'utérus dans les observations publiées jusqu'à ce jour. Quelquefois l'organe est noté comme douloureux et peu revenu sur lui-même ; c'est un symptôme presque caractéristique; dans quelques autres cas, on en parle à peine et on ne précise pas l'état des annexes.

Je n'ai vu qu'un seul cas de scarlatinoïde ; c'était au moment où la fièvre puerpérale produisait les plus affreux ravages dans les salles de la Maternité. L'influence épidémique est incontestable dans cette observation.

OBSERVATION XXIX.

Scarlatinoïde coïncidant avec des accidents puerpéraux légers. — Frissons multiples. — Guérison.

Marie-Anne Thélin, 29 ans, multipare. Dernière menstruation le 8 septembre 1866.

Le travail de l'accouchement commence le 19 juin, à sept heures du matin, et se termine le même jour à midi. Délivrance naturelle. Pas de frisson.

Le 19, au soir. Pouls, 60; ventre souple; aucun malaise.

Le 20. Tranchées pendant la nuit; quelques points douloureux dans les flancs; les annexes présentent un léger gonflement; l'utérus est au niveau de l'ombilic.

Le 21. Légère sensation de froid cette nuit. Pouls, 88. L'utérus devient plus douloureux à la pression. Les lochies sont normales. Le gonflement des seins a commencé.

Le 24. La fluxion laiteuse a été incomplète; elle est tout à fait dissipée. Après deux jours assez tranquilles, pendant lesquels il ne restait qu'un peu de douleur à la pression sur l'utérus et les annexes, la malade a eu, cette nuit, un second frisson, plus vif que le précédent, caractérisé par une horripilation de dix minutes. La réaction a été assez violente. Sueur abondante depuis deux heures jusqu'à six heures du matin.

Depuis hier soir, céphalalgie ; ce matin, douleur cuisante sur le devant de la poitrine. La peau est d'un rouge vif sur le cou et entre les seins. Utérus à un doigt de l'ombilic, très-douloureux à la pression. Pouls, 108.

Le 25. Les frissons n'ont pas reparu. L'éruption s'étend ; elle est par plaques légèrement saillantes, chacune de 2 ou 3 centimètres carrés d'étendue. Sur la rougeur de la peau on commence à distinguer des vésicules de miliaire. Même état de l'utérus. Lochies diminuées. Pouls, 104.

Le 26. L'éruption érythémato-papuleuse occupe le dos et les bras ; la miliaire est peu visible. Utérus de plus en plus douloureux. Pouls, 124.

Le 27. L'éruption envahit la face. Pouls, 120.

Le 28. L'éruption n'existe plus sur le tronc; elle est très-accusée sur la face, qui est d'un rouge uniforme, parsemé çà et là de quelques vésicules de miliaire. Pouls, 100. Vomissements à plusieurs reprises. Diarrhée depuis deux jours.

Le 29. L'éruption reparaît sur le ventre. La douleur utérine diminue. Pouls, 100.

1er juillet. Il n'y a plus de vomissements ni de douleurs de l'utérus. L'éruption ne s'étend plus. La desquamation commence. Les lambeaux épidermiques sont plus larges que ceux de la rougeole et le sont moins que ceux de la scarlatine. Pouls, 96.

Le 3. Pouls, 83. Amélioration considérable de l'état général. L'urine ne contient pas d'albumine.

Le 4. La peau est fraîche, normale; la desquamation se complète. La malade est encore très-faible. Les forces reviennent peu à peu.

Le 8. Sort en très-bon état.

Le frisson a paru à plusieurs reprises. Mais était-il dû à l'éruption, ou à l'accident puerpéral dénoté par la douleur de l'utérus et le gonflement des ligaments larges ? L'éruption n'était-elle pas elle-même une manifestation de l'influence épidémique, comme l'état de l'utérus ? Ce sont des questions qu'il m'est impossible de résoudre, et que de nombreuses observations peuvent seules éclairer.

CHAPITRE VIII.

DU FRISSON DANS LA FIÈVRE DE LAIT.

To be, or not to be, that is the question.
(SHAKSPEARE, HAMLET.)

La fièvre de lait a été admise sans conteste pendant de longues années : elle existait, croyait-on, chez toutes les nouvelles accouchées. Elle a même dominé toute la pathologie puerpérale à la fin du siècle dernier. On retrouve des traces nombreuses de cette exagération dans

les idées actuelles des gens du monde, qui parlent sans cesse du mélange du sang et du lait, et qui en sont encore à attribuer les abcès des femmes en couche à des dépôts laiteux (1).

Aujourd'hui le mouvement fébrile, lié à l'établissement de la sécrétion lactée, est nié par de grandes autorités scientifiques ; d'autres l'admettent, mais ils en restreignent l'importance beaucoup trop grande qu'on y attachait encore, il y a quelques années. Aussi bien que pour la fièvre puerpérale, je suis obligé, pour justifier le titre de ce chapitre, de discuter brièvement l'existence de la fièvre de lait et l'opinion des différents auteurs qui ont agité cette question.

§ I. *De la fièvre de lait, de son existence.* — Ambroise Paré parle d'un état fébrile léger qui suit ordinairement l'accouchement, au moment où les mamelles se tuméfient, mais il ne nomme pas la fièvre de lait. — Mauriceau décrit une inflammation physiologique des mamelles accompagnée d'une réaction générale, d'une fièvre légère et de quelques frissons.

Peu croit le lait tout formé dans le sang de la femme enceinte ; selon lui c'est une humeur impure qui doit être évacuée par les seins, par les selles, les sueurs ou les lochies. Dans tous les cas cette élimination s'accompagne de réaction, d'inquiétude dans le sommeil, de frisson le long du dos et dans les jambes. Si le lait ne s'en va pas, il se corrompt dans le sang et cause des frissons de tout le corps, avec une fièvre plus grave.

(1) L'esprit du public suit habituellement les progrès de la science à soixante ou quatre-vingts ans en arrière. Aussi, les gens du monde, suivant la remarque de Malgaigne, ne manquent jamais, à propos de médecine, de vous débiter des théories d'une époque surannée.

Levret admet qu'on observe quelquefois une accélération du pouls et une exagération de la chaleur ; il attribue ces accidents à l'application prématurée de l'enfant au sein, et aux gerçures du mamelon.

Astruc croit à la fièvre de lait, mais il lui donne une singulière origine. Le lait, d'après lui, tout formé d'avance dans le sang, se porte au placenta pendant la grossesse pour nourrir le fœtus; il se trouve tout à coup emprisonné dans le corps, quand la matrice resserre ses mailles, il cherche alors une issue et se porte vers les mamelles : c'est la cause d'une fièvre passagère qui survient le second ou le troisième jour après l'accouchement. Tout en repoussant la cause bizarre, que donne Astruc au mouvement fébrile, on ne peut s'empêcher d'admettre que cette fièvre est bien celle qu'on décrit encore aujourd'hui sous le nom de fièvre de lait. Mais où l'on ne peut plus la reconnaître, c'est quand le même auteur continue en disant : « Le lait en croupissant dans le sang, s'y aigrit ; il devient par là propre à l'épaissir, et donne lieu à un frisson plus ou moins fort, et presque toujours marqué par la concentration du pouls, la pâleur du visage et des ongles, la crispation convulsive, le claquement des dents. Ce frisson dure quelquefois deux heures avec la même violence; d'autres fois il disparaît presque au même instant, mais il est toujours suivi d'un accès de fièvre plus ou moins intense qui, après avoir duré 15 ou 20 heures, se termine enfin par des sueurs abondantes, à moins que le concours de quelques causes passagères ne change cette fièvre éphémère et secondaire en une fièvre continue. » Evidemment ce n'est plus une fièvre de lait, c'est un accident puerpéral léger ou une véritable fièvre puerpérale.

Van Swieten croit que la fièvre de lait n'est qu'une fièvre de suppuration, ayant son point de départ dans l'utérus. Cette opinion a été rajeunie dans ces derniers temps par M. Cruveilhier.

Capuron considère la fièvre de lait comme une révolution qui se fait dans l'organisme de la femme après l'accouchement ; toutes les forces auparavant concentrées sur l'utérus se portent alors vers les mamelles ; et c'est là ce qui cause la fièvre de lait.

Gardien enseigne une opinion à peu près analogue, il croit à une fièvre physiologique et indispensable ; on ne peut pas, dit-il, s'opposer à son développement sans nuire à l'accouchée.

Velpeau professe que la fièvre de lait apparaît le troisième jour, quelquefois le premier ou le second, plus rarement le quatrième ou le sixième. Elle est caractérisée par une céphalalgie *sans frisson*, de la chaleur, de la sécheresse à la peau ; quelques moments plus tard, survient de la moiteur, et la fièvre tombe de dix à vingt-quatre heures après.

Moreau et Chailly-Honoré ne font que signaler la fièvre de lait; pour eux, elle mérite à peine le nom de fièvre ; elle n'existe pas, disent-ils, chez les femmes qui nourrissent.

Nægele admet une fièvre du lait, mais elle n'est pas constante ; la fièvre de lait, suivant lui, ne se manifeste pas toujours pendant les couches, et les femmes qui présentent le sein à l'enfant deux ou trois heures après la délivrance, en sont ordinairement exemptes.

Cazeaux attribue la fièvre de lait à une secousse imprimée à l'organisme par l'établissement d'une sécrétion nouvelle.

Natalis Guillot, sans nier la fièvre de lait, en comprend la nature d'une tout autre façon. « La fièvre de lait, dit-il, est à la fièvre puerpérale ce que l'embarras gastrique est à la fièvre typhoïde. » Evidemment ce professeur n'avait en vue que les accidents puerpéraux.

Un passage de M. Pajot résume admirablement l'état actuel de la question. « Existe-t-il une fièvre de lait ? Les classiques répondent hardiment oui ; mais à cette assertion une autre école, la romantique, si je puis me servir de cette expression, oppose une dénégation formelle. La vérité se trouve à la fois entre ces deux opinions quelque opposées qu'elles soient. Il est des milieux en effet, où la fièvre de lait, se présente presque toujours, il en est d'autres où elle ne se présente presque jamais » (1).

J'ai pu constater moi-même l'exactitude de cette dernière remarque : dans une maternité, quand une épidémie règne, il n'y a plus de fièvre de lait. Mais en dehors des épidémies, ou chez les femmes qui ne sont pas dans la triste nécessité d'accoucher dans les hôpitaux, on observe quelquefois entre la trente-sixième et la soixantième heure, un léger mouvement fébrile, avec ou sans frisson, coïncidant avec le gonflement des seins, sans qu'il soit possible, à la palpation la plus minutieuse, e rien trouver dans l'utérus ou les annexes qui puis se rendre compte de la réaction générale.

Si l'on peut rattacher la présence du mouvement fébrile à une fluxion passagère d'un point de la région pelvienne, on ne doit jamais en mettre la cause sur le compte de la sécrétion mammaire ou du gonflement des

(1) Pajot, Sur les affections puerpérales (*Gazette des hôpitaux*, 1862).

seins. Une légère réaction fébrile n'est pas chose rare un ou deux jours après l'accouchement. Elle peut être le résultat d'un refroidissement, ou plus communément elle est due à un de ces états sans gravité, avec fièvre et frisson, dont nous avons longuement parlé sous le nom d'accidents puerpéraux légers. Il faut bien se garder de voir là une fièvre de lait, bien que ce soit au moment de la montée laiteuse. C'est une erreur, qui a longtemps régné dans la science et est encore partagée par un grand nombre de médecins, de croire que la fièvre de lait est un symptôme ordinaire et physiologique de l'état puerpéral. Une accouchée prend un frisson avec un peu de fièvre, trente-six ou quarante-huit heures après la parturition, au moment où le gonflement des seins commence à se produire, on ne s'en inquiète pas, et sans se donner la peine de palper l'utérus on dit : c'est la fièvre de lait. C'est rester dans une sécurité déplorable, trompeuse pour le médecin, dangereuse pour la malade. Il faut toujours examiner soigneusement toutes les parties de l'abdomen, et s'il n'y a pas d'inflammation des organes génitaux externes, si l'on ne trouve rien sur l'utérus, et que de plus les seins soient rouges, gonflés et douloureux, alors, mais seulement alors, on prononcera le mot de fièvre de lait.

Je le répète, cette fièvre existe, mais elle est rare. Je n'accepte pas l'opinion de M. Béhier qui la regarde comme un symptôme ordinaire et la signale dans une observation type des suites de couches régulières. Sur 446 observations de suites de couches simples ou compliquées recueillies à la Maternité de Lyon, je n'ai pu que 22 fois constater, sans aucun symptôme abdominal, un mouvement fébrile qu'on n'a pu rattacher qu'à

la montée laiteuse. Ces 22 cas ont été observés en dehors du temps de l'épidémie. Quand la fièvre puerpérale sévissait dans les salles, les accidents puerpéraux remplaçaient la fièvre de lait.

Je ne crois pas que l'on puisse avec Van Swieten et M. Cruveilhier attribuer ce mouvement fébrile au traumatisme. Si cette théorie était exacte, on devrait voir la fièvre de lait après tous les accouchements pénibles; c'est ce que l'observation ne montre pas. La fièvre traumatique est très-rare après l'accouchement, elle est sans frisson et plus précoce que la fièvre de lait.

En résumé, il existe une fièvre liée à la montée laiteuse, mais elle ne l'accompagne pas nécessairement, elle n'est au contraire qu'un phénomène exceptionnel des suites de couches survenant plus souvent chez les femmes qui ne nourrissent pas.

§ 2. *Des caractères du frisson dans la fièvre de lait.* — La fièvre de lait admise, les divergences des auteurs continuent sur les symptômes qui la signalent. Tandis que M. Velpeau pense qu'elle est caractérisée par de la céphalalgie, de la chaleur et de l'accélération du pouls *sans frisson*, M. Béhier avance qu'un frisson d'une intensité variable annonce d'ordinaire la sécrétion du lait.

Les observations que j'ai recueillies me font adopter de préférence l'opinion du professeur de la Pitié. Sur mes 22 cas de fièvres de lait, le frisson a été noté 20 fois : 6 fois il n'a été qu'une sensation de froid, 10 fois un léger frissonnement et 4 fois un rigor avec claquement de dents. Ce frisson s'est manifesté le plus souvent la nuit, quelquefois le matin au moment du

réveil, il a duré environ dix minutes dans la grande majorité des cas, très-rarement davantage. Il ne constituait qu'un léger malaise, les malades se couvraient en se ramassant sur elles-mêmes, comme on le fait toujours quand on a froid, mais elles n'éprouvaient aucune des souffrances pouvant rappeler le frisson de la fièvre puerpérale.

On n'observe jamais dans la fièvre de lait l'élévation de température des accidents puerpéraux.

Le thermomètre indique habituellement 38°.

Il est très-exceptionnel de rencontrer un redoublement de la fièvre et une répétition du frisson. Je n'a noté cette particularité que dans deux observations, encore le tremblement ne s'est-il pas reproduit. Une nuit il y a eu un frissonnement, et la nuit suivante une sensation de froid ; la fièvre de lait a duré deux jours et s'est accompagnée de symptômes généraux plus accusés que de coutume.

Le frisson de la fièvre de lait survient le plus ordinairement le troisième jour après l'accouchement, quelquefois le quatrième, très-rarement plus tard. Des fièvres de lait tardives se rencontreraient quelquefois, suivant M. Pajot, après les accidents puerpéraux, elles paraîtraient alors au cinquième ou au sixième jour. « Comme l'arc-en-ciel après l'orage » (1).

Voici du reste un tableau qui donnera une idée de l'époque habituelle du frisson de la fièvre de lait ; il porte sur les 22 cas que j'ai observés. Le frisson s'est montré :

(1) Pajot, *loc. cit.*

Un jour après l'accouchement	. . . .	1 fois.
Deux jours après	—	. . . .	13 fois.
Trois jours après	—	. . . .	4 fois.
Quatre jours après	—	. . . .	1 fois.

Phénomènes concomitants. — Il n'y a pas habituellement de prodromes; le frisson débute d'emblée sans être annoncé par d'autres malaises. Dans deux cas seulement j'ai pu constater de la céphalalgie avant le tremblement. La réaction est modérée, la peau devient moite ; les malades ne souffrent jamais de cette chaleur sèche et brûlante que l'on rencontre dans les accidents puerpéraux. Le pouls monte à 90 ou 100 battements par minute; il ne s'élève jamais plus haut, d'après M. Pajot. Quelques malades cependant ont un appareil fébrile plus considérable; M. Béhier parle d'une de ses clientes qui avait 130 pulsations pendant la fièvre de lait, sans que la couche présentât d'autre complication. C'est que chez certaines femmes, en vertu d'une idiosyncrasie, dont la cause nous échappe, le pouls marque un chiffre extraordinaire, sans qu'on en trouve la raison dans un trouble quelconque que de l'économie.

Immédiatement après le frisson, la malade ressent une douleur pulsative dans les seins. Le gonflement des mamelles commence, mais il ne se fait pas toujours d'emblée; la glande devient dure, tendue. On y constate à la palpation des cordons qui ressemblent à des vaisseaux lymphatiques enflammés, et qui ne sont autre chose que les conduits galactophores. Enfin le lait s'échappe par le mamelon.

Quand les seins se sont affaissés, il peut arriver, trois ou quatre jours après le frisson, que la sécrétion mam-

maire se réveille à nouveau, et s'accompagne des mêmes symptômes généraux qu'à la première poussée. Il faut être prévenu de ce fait, pour ne pas s'effrayer d'un frisson qui reviendrait après la première fièvre de lait, et qui ne serait dû qu'à un second accès sans gravité de la même maladie.

Le diagnostic du frisson de la fièvre de lait est très-facile, si l'on s'aide des symptômes concomitants, de l'état du pouls et de la température. Mais ici, comme dans le cas des accidents puerpéraux, ce phénomène avec ses seuls caractères intrinsèques et l'époque de sa manifestation, ne saurait suffire pour éclairer le médecin. Ce n'est qu'en tenant compte de l'absence de toute douleur et de tout gonflement des annexes, en considérant la tuméfaction, les tiraillements des seins, l'état du pouls et de la température, qu'on portera le diagnostic de fièvre de lait.

Le pronostic n'offre aucune gravité.

Le traitement est bien simple, il ne comprend que des stimulants généraux, comme l'acétate d'ammoniaque, quand on a le temps d'intervenir avant que le frisson soit terminé.

La prophylaxie consiste à ne pas attendre trois jours pour commencer l'allaitement. Si la mère doit nourrir, elle donnera le sein à l'enfant dès le lendemain de l'accouchement.

Voici une de mes observations de fièvre de lait, celle où sont le mieux relatés les caractères du frisson :

OBSERVATION XXX.

Fièvre de lait. — Frisson deux jours après l'accouchement.

Reyne Primigé, 34 ans, primipare. Menstruation régulière. Dernières règles le 18 décembre 1866.

Le travail de l'accouchement commence le 26 septembre, à deux heures du matin, et se termine le même jour à quatre heures de l'après-midi. Délivrance naturelle. Frissons violents et prolongés pendant le summum d'intensité des douleurs de l'expulsion; ils se faisaient sentir dans les deux dernières heures du travail. Une sensation de froid a reparu au moment de la délivrance.. Chaleur le reste de la journée. Pouls, 60.

Le 27. Sommeil paisible toute la nuit. Les seins ne présentent encore aucun gonflement. Utérus à deux doigts de l'ombilic. Lochies normales.

Le 28. Même état. Ventre souple; utérus et annexes indolores. Les seins sont plus durs qu'hier. Pouls, 64.

Le 29. Ce matin, au moment où, venant d'uriner, la malade rentre dans son lit, frisson de dix minutes environ, caractérisé par un tremblement très-léger des membres et une horripilation générale; sueur douce, tout de suite après l'algidité; pas de chaleur sèche; céphalalgie. Le thermomètre, appliqué sous l'aisselle, a donné 37°,8; mais cette température n'a pu être obtenue que dix minutes environ après la fin du frisson. Les cornes de l'utérus et les ligaments larges ne présentent ni douleur ni gonflement. Lochies normales; elles deviennent puriformes. Seins peu gonflés en apparence, mais durs et très-douloureux; ils commencent à perdre du lait. Peau chaude; pouls, 96.

Le soir. Pouls, 88; température, 37°,6.

Le 30. Aujourd'hui, tout phénomène fébrile a disparu. Pouls, 68; température, 37°. Les seins sont plus gonflés qu'hier et perdent beaucoup de lait. Ventre indolore.

1er octobre. Les suites de couches sont très-régulières et très-normales à partir de ce jour. Il n'y a plus aucun malaise.

Sortie le 5 octobre, en très-bon état.

CHAPITRE IX.

DU FRISSON DANS LES MALADIES INTERCURRENTES DES SUITES DE COUCHES.

Nous avons vu que l'état puerpéral amenait une grande sensibilité au froid et une prédisposition remarquable au frisson. C'est surtout à la parturition, au moment du maximum de la puerpéralité, que des phlegmasies contractées avec plus de facilité, causeront plus aisément un frisson, ou lui donneront un caractère de violence qu'il n'aurait pas eu à une autre époque.

Dans les maladies intercurrentes, telles que la pneumonie, la pleurésie, la bronchite, survenues en dehors de la fièvre puerpérale, le frisson ne présente rien de bien spécial, si ce n'est souvent cette plus grande intensité dont nous venons de parler. Il a également plus de chance de se répéter dans le cours de la maladie, en raison de l'état puerpéral qui imprime à l'économie une tendance plus marquée à la suppuration. Celle-ci s'annonce par de petits frissons répétés et des accès de fièvre rémittente.

Un frisson, qui doit être particulièrement remarqué, parce qu'il peut facilement en imposer pour des accidents puerpéraux, est celui qui annonce une néphrite aiguë. Cette phlegmasie est, on le sait, très-commune pendant l'état puerpéral. C'est surtout quand les femmes ont été albuminuriques dans les derniers mois de la grossesse, que trois ou quatre jours après l'accouchement, elles sont prises d'un frisson, quelquefois assez violent avec fièvre, et douleur dans le ventre.

C'est un *rigor* de moyenne intensité; la douleur, dont il s'accompagne fera tous les coups croire, à un observateur peu attentif, qu'un accident puerpéral commence.

Il suffit, pour éviter l'erreur, de palper avec beaucoup de soin les annexes de l'utérus. Si on les trouve souples, si le corps de la matrice est indolent, si de plus, on constate à la pression une douleur bien localisée dans la région lombaire, plus de doutes, c'est à une néphrite qu'on a affaire.

Le rhumatisme est une maladie fréquente de la grossesse et des suites de couches. Mais est-on fondé à en faire une entité morbide distincte sous le nom de rhumatisme puerpéral? Je ne le pense pas. Tous les faits que je trouve consignés dans une thèse récente soutenue à Paris, sous la présidence de M. Depaul (1), peuvent être rattachés à la fièvre puerpérale ou au rhumatisme ordinaire.

Les cas de rhumatismes purulents, qui atteignent à la fois trois ou quatre grandes articulations, et qui sont suivies de mort au bout de quatre ou cinq jours, sont évidemment des fièvres puerpérales. J'en ai recueilli une observation dont j'ai déjà eu l'occasion de parler : à l'autopsie, on rencontra dans l'utérus la phlébite, qui caractérisait la pyrexie épidémique.

Dans d'autres cas plus bénins, il n'a été possible de trouver, ni dans les symptômes, ni dans l'époque de l'apparition, rien qui pût faire distinguer ces affections du rhumatisme articulaire aigu ordinaire. Le frisson y a été noté au début, quelquefois il s'est répété dans le

(1) Olidat Vaille, Du Rhumatisme puerpéral. Thèse de Paris, 1867.

cours de la maladie, absolument comme on l'aurait constaté dans les rhumatismes fébriles.

Dans les pyrexies, comme la variole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, le frisson ne présente aucune particularité, autre que sa violence plus considérable et sa répétition plus fréquente.

Le frisson de la fièvre intermittente doit être signalé et étudié plus attentivement à cause de la facilité avec laquelle il peut en imposer pour le frisson initial de la fièvre puerpérale. Nous avons vu, dans la première partie de ce travail, qu'il était très-difficile de distinguer au premier abord ces deux pyrexies. C'est surtout après la parturition que l'erreur peut être commise.

On comprend facilement l'émoi causé par un accès intermittent commençant avec un violent *rigor* le lendemain de l'accouchement : le pouls bat 120 ou 130 pulsations, le thermomètre accuse 40° sous l'aisselle ; la physionomie présente une pâleur et une anxiété qui redoublent les inquiétudes du médecin. Il n'est pas possible, au premier abord, de porter un diagnostic certain. La marche seule de la fièvre et des symptômes concomitants révélera la cause de ce premier frisson. Quand on aura vu se succéder trois stades bien tranchés, suivis d'une apyrexie complète, quand au bout de quelques heures on se sera bien assuré que l'utérus et ses annexes sont souples et indolents, on pourra commencer à se rassurer. Si l'on constate en outre que la malade a eu autrefois des accès paludéens, que la rate et le foie présentent encore un léger degré d'endolorissement ou d'hypertrophie, le diagnostic sera fait, et l'on portera un pronostic favorable sur un frisson, dont le sulfate de quinine fera rapidement justice.

Les maladies des voies digestives, les dysentéries et les diarrhées sont aussi quelquefois accompagnées d'un frisson, surtout après les évacuations alvines. Les symptômes de ces maladies sont trop faciles à reconnaître, pour que l'on ait besoin d'insister davantage.

Une simple indigestion peut donner lieu à un frisson assez violent qui se manifeste après les secousses du vomissement; c'est souvent un véritable *rigor* avec claquement de dents, mais il n'entraîne aucun trouble de la calorification, et n'est suivi d'aucune réaction fébrile.

Enfin, les rétentions d'urine, si communes après l'accouchement occasionnent, dans quelques circonstances, un tremblement. Quand on a laissé la vessie se distendre outre mesure, et qu'on pratique trop tardivement le cathétérisme, l'évacuation de l'urine est suivie d'un frissonnement qui disparaît très-vite et n'amène rien de grave à sa suite. Il est utile d'être prévenu de cet accident pour ne pas croire à une néphrite quand il n'existe pas encore le moindre danger.

TROISIÈME PARTIE

Du frisson pendant la lactation.

C'est pour être fidèle à la division de l'état puerperal, en trois grandes périodes, que j'aborde cette troisième partie. Je n'ai pas à revenir ici sur les raisons qui ont déterminé M. Monneret à prolonger la puerpéralité au delà des limites qui lui étaient jusqu'alors assignées, et et à y comprendre la lactation ; elles ont été exposées plus haut. Mais si la lactation physiologique ressemble aux autres périodes de l'état puerpéral, les maladies des nourrices n'ont plus les mêmes caractères que celles des femmes grosses ou des femmes en couches. L'influence de la lactation sur les maladies intercurrentes est infiniment moins considérable que celle de la grossesse et des suites de couches, et les différents symptômes que l'on observe alors ne sont que fort peu modifiés. Tout ce que l'on peut dire de général à ce sujet, c'est que l'organisme n'étant pas encore complétement revenu à son état normal, la résolution des phlegmasies s'opère moins rapidement et le pus se forme plus volontiers. C'est encore ici le frisson qui nous met sur la voie du diagnostic quand la suppuration se prépare.

Ainsi le frisson est plus fréquent pendant les maladies intercurrentes de la lactation qu'en dehors de l'état puerpéral, parce que la suppuration y est plus fréquente.

Les maladies propres à la lactation ne sont pas très-nombreuses, nous en signalerons deux où le frisson

présente à noter quelques particularités : ce sont les abcès du sein et les crevasses du mamelon.

Après les atroces souffrances que cause la succion d'un mamelon gercé et l'ébranlement nerveux qui en est la conséquence, il n'est pas rare de voir les femmes saisies d'une horripilation légère. C'est moins souvent un *rigor* avec claquement de dents ; cependant le cas peut se présenter et l'on doit en être prévenu pour ne pas s'effrayer à tort d'un symptôme qui n'offre là aucune gravité. Inutile de dire que ce frisson n'amène pas d'élévation de la chaleur du corps.

Les abcès du sein, quand ils sont d'une étendue considérable, peuvent provoquer des frissons au moment où le pus commence à se déposer dans les tissus enflammés, ils ont absolument les mêmes caractères que ceux des phlegmons tardifs des fosses iliaques ; ils arrivent périodiquement tous les soirs et sont suivis d'une fièvre rémittente. Ces frissons sont d'un grand secours pour le diagnostic de la suppuration. La palpation suffit amplement pour reconnaître des abcès sous-cutanés ou sous-aponévrotiques. Mais les collections purulentes qui se développent en arrière des seins, entre la glande et le grand pectoral, sont infiniment moins accessibles à l'exploration chirurgicale, et l'on a besoin de s'entourer de tous les signes tant généraux que locaux pour établir le diagnostic. C'est là que la fièvre et le frisson ont une importance que je devais signaler.

CONCLUSIONS

Le frisson est un symptôme très-commun pendant l'état puerpéral : tantôt il ne présente aucune gravité, tantôt il est le premier symptôme des plus terribles complications.

L'époque de son apparition n'est pas indifférente pour sa valeur pronostique :

Dans les derniers jours de la grossesse, il est en général fâcheux pour la mère et pour l'enfant.

Pendant le travail de la parturition, au moment de l'expulsion du fœtus ou de l'extraction du placenta, il constitue un symptôme presque physiologique qui ne doit point donner d'inquiétudes.

Pendant les suites de couches, il est d'autant plus grave, qu'il a lieu à une époque plus rapprochée de la délivrance. Quand il survient vingt-quatre heures après l'accouchement, c'est très-souvent une fièvre puerpérale qu'il annonce. Après quarante-huit heures, il est moins sérieux, il présage d'ordinaire un accident puerpéral léger, plus rarement une fièvre de lait.

Après le cinquième ou le sixième jour, il est plus souvent dû à une fièvre éphémère ou à une fièvre gastro-entérique.

La fièvre de lait est une exception dans les suites de couches; lorsqu'elle existe, elle débute fréquemment par un frissonnement léger. Quand une accouchée présente un mouvement fébrile entre la quarantième et la soixantième heure de la parturition, on devra explorer soigneusement l'abdomen, les cornes de l'utérus et les

ligaments larges; si, après une palpation minutieuse on ne rencontre ni douleur, ni gonflement, alors seulement on pourra conclure à la fièvre de lait, et porter un pronostic certainement favorable.

Au début des accidents post-puerpéraux, le frisson ne donne presque aucune indication utile pour le diagnostic et pour le pronostic. Il se répète assez fréquemment dans le cours de ces phlegmasies, et annonce la formation du pus.

Pendant la lactation, le frisson n'a par lui-même qu'une valeur diagnostique très-secondaire : il peut seulement mettre sur la voie des maladies que d'autres symptômes feront reconnaître.

Pendant tout le cours de l'état puerpéral, les maladies intercurrentes s'accompagnent de frissons plus fréquents et plus violents qu'en temps ordinaire.

D'une manière générale, l'intensité du frisson est un terme trop vague pour que l'on puisse s'en contenter. Le thermomètre en donne la mesure ; il indique la gravité ou l'innocuité du symptôme.

Le frisson, lors même qu'on tient compte de l'époque de son apparition, et lors même qu'on apprécie son intensité avec le thermomètre, ne peut jamais à lui seul faire le diagnostic. Pour savoir à quelle affection on aura affaire, et juger d'avance dela gravité ou de la bénignité des accidents, il faut examiner avec soin les phénomènes concomitants, et les relations qu'ils peuvent avoir entre eux.

Cela est vrai pour toute la séméiologie en général. Il est singulier d'entendre Galien dire quelque pat : «Celui qui d'après le frisson seul ne peut reconnaître

au premier accès si une fièvre intermittente sera tierce ou quarte ne mérite pas le nom de médecin. » (1)

Une affirmation aussi exclusive et aussi sévère est incroyable de la part d'un homme de génie. On ne doit pas, en médecine, conclure d'une seule manifestation, et chercher à se faire une vaine gloire en ayant l'air de deviner. Un seul signe ne suffit jamais pour établir un bon diagnostic ; il ne faut asseoir son jugement que sur un ensemble de symptômes.

(1) Galien, Des Crises, liv. II, chap. 4.

TABLE DES MATIÈRES

FIN

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr le Prince, 31.

